FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

THÈSE

N° 37

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Juin 1931, à 17 heures 30

par

DUBOIS (MARCEL)

Né le 1er Janvier 1904 à BÉTHUNE (Pas-de-Calais)

Fibromes et Fibro-Sarcomes de la paroi abdominale

(Revue Générale)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. GAUDIER.

Suffragants : MM. VANVERTS, DEBEYRE, SWYNGHEDAUW

Imprimerie de WINQUE
33, rue Jules-Guesde
LILLE

1931

Fibromes et Fibro-sarcomes de la paroi abdominale

(Revue Générale)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1930-1931

THÈSE

N° 37

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Juin 1931, à 17 heures 30

par

DUBOIS (MARCEL)

Né le 1er Janvier 1904 à BÉTHUNE (Pas-de-Calais)

Fibromes et Fibro-Sarcomes de la paroi abdominale

(Revue Générale)

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. GAUDIER.

Suffragants : MM. VANVERTS, DEBEYRE, SWYNGHEDAUW.

Imprimerie de WINQUE
33, rue Jules-Guesde
LILLE

1931

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. DUBOIS I. ✡. — Assesseur . M. E. GÉRARD (✻, I. ✡).

Clinique médicale :	MM.	CARRIÈRE (O. ✻, I. ✡)	Professeur
		MINET (I. ✡),	
Clinique chirurgicale :		GAUDIER (O, ✻, ✠, I. ✡),	id.
		LAMBRET (C. ✻, I. ✡),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :		CHARMEIL (✻, I. ✡),	id.
Clinique obstétricale :		BUÉ (✻, I. ✡),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		SURMONT (✻, I. ✡, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		POTEL (✻, ✠, I. ✡),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale		INGELRANS (I ✡),	id.
Physiologie :		DUBOIS (I. ✡),	id.
Anatomie :		CORDIER, (A. ✡),	id.
Histologie :		DEBEYRE (O. ✻, ✠ J, ✡, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		VALLÉE (✻, I. ✡.),	id.
Chimie organique :		POLONOVSKI (A. ✡, ✠),	id.
Matière médicale et Botanique :		FOCKEU (✻, I. ✡, ❁, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :		GÉRARD (Ernest), (✻, I. ✡),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique		DESOIL (✻, I. ✡).	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		PAUCOT (J ✡),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		LE FORT (C ✻, ✠, I✡, O.✠),	id.
Clinique psychiâtrique :		RAVIART (✻, I. ✡),	id.
Clinique médicale infantile :		PIERRET (I. ✡),	id.
Thérapeutique :		DOUMER Ed. (✠, A. ✡),	id.
Médecine opératoire :		VANVERTS (✻, I. ✡),	id.
Hygiène et Bactériologie :		LEGRAND (A. ✡ ✠),	id.
Médecine légale :		LECLERCQ (✻, ✠, I. ✡)	id.
Hydrologie et Crénothérapie :		DUHOT (I. ✡),	id.
Physique médicale :		FABRE (✻, I. ✡),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. MORVILLEZ (I. ✡) ; P. COMBEMALE (✡ A.) ; LAVIER (✠, A. ✡),

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	PAINBLAN (✻, I, ✡),	chargé de cours
Clinique oto-rhino-laryngologique		M. DEBEYRE (O, ✻, ✠, I, ✡),	id.
Chimie analytique :		GIBERTON.	id.
Physique pharmaceutique :		SONNEVILLE (A. ✡),	id.
Parasitologie :		LAVIER (✠, A. ✡),	id.
Déontologie :		BERTIN (✻, I. ✡),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✻, I. ✡), COMBEMALE (O. ✻, I. ✡, M), CHARMEIL (✻, I. ✡).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O.✻,I.✡), CALMETTE (C.✡), LESCŒUR (I. ✡). BAUDRY (✻. I. ✡. ✠), DEBIERRE (✻, I. ✡), DOUMER (✻, I. ✡), CURTIS (✻, I. ✡). LEMOINE (✻, I. ✡), BÉDART (O. ✻, I. ✡, ✠), COMBEMALE (O. ✻ I. ✡ M.).

Agrégés en exercice : MM. GÉRARD, M. (✠,✻,I.✡). P. DELANNOY, (A.✡). PAQUET (✠,I.✡) BERTIN (✻). SWYNGHEDAUW (✠.I.✡), AUGUSTE (A.✡), GERNEZ, NAYRAC, GRANCLANDE (O. ✻) GIBERTON, THOMAS, PIQUET.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation, ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MERE

En témoignage de notre respect et de notre affection.

A la mémoire de notre petite sœur Rose

A MON PERE

En hommage à l'exemple de travail et d'énergie qu'il nous a toujours donné ; en hommage à son dévouement ; en hommage à son Art.

A MA MERE

Sa sollicitude ne le cède en rien à sa bonté, à sa tendresse, à son esprit de sacrifice pour nous.

A MES FRERES

Aimé, Pierre, Raoul, René, Julien, Louis

Ils retrouveront, durant toute notre carrière, les liens indestructibles noués dans notre enfance.

A MA FEMME

Instigatrice de nos efforts durant nos études, elle sera celle de nos devoirs dans la belle et difficile carrière que nous allons embrasser. Je lui dédie ce travail, en souvenir de notre union.

A Madame Charles DELATTRE

Nous avons trouvé en elle la noblesse de cœur et la générosité d'une mère.

A MON PARRAIN

Sa bonté pour nous n'a d'égale que la vive sympathie dont il nous comble depuis nos premiers souvenirs.

A mon Oncle, le Docteur Paul VORBE

Officier de la Légion d'Honneur

A MES BEAUX-FRERES, A MES BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur GAUDIER

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail ; il nous a accordé une grande bienveillance ; nous l'en remercions vivement.

A Monsieur le Professeur VANVERTS

A Monsieur le Professeur DEBEYRE

Nous n'oublierons pas les sages conseils qu'il nous a donné au début de nos études.

A Monsieur le Professeur SWYNGHEDAUW

L'aimable accueil qu'il nous a réservé et le vif intérêt qu'il nous a porté a été pour nous des plus précieux.

Au Docteur Edouard GAUDIER

Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a accordé son amitié ; la sympathie de toute notre famille lui est acquise ; nous ne pouvons oublier le généreux service qu'il nous rendit dans de pénibles moments.

Au Docteur LE GUILLAS

Médecin-Capitaine

En souvenir de notre service sous les drapeaux.

Au Docteur Jean HEMERY

Interne des Hôpitaux

Notre fidèle ami.

I

PREAMBULE

Au cours du mois de Février 1930 entraient, à deux jours d'intervalle, dans le Service de Chirurgie de notre Maître le Professeur Gaudier, deux jeunes femmes d'allure bien portantes. Toutes deux venaient pour la même raison : la présence d'une tumeur dans la région abdominale. Les signes cliniques firent penser de suite à deux cas de fibrome de la paroi abdominale ; mais le laboratoire décela qu'histologiquement, il fallait se montrer plus réservé, et que la tumeur, dans ces deux cas, sous des apparences cliniques de bénégnité, contenait des éléments sarcomateux.

Cela ne manquait pas d'intérêt ; ni de rareté relative.

Aussi nous sommes-nous proposés de présenter comme thèse inaugurale, un travail sur cette question.

Après un aperçu historique, nous nous sommes efforcés de rechercher la pathogénie si obscure de ces tumeurs, et de mettre en vedette les principaux faits anatomo-pathologiques et cliniques, susceptibles d'aider dans sa tâche le chirurgien.

II

HISTORIQUE

La première observation date de 1832.

C'est une affection relativement rare ; et il n'est pas étonnant que les anciens chirurgiens n'aient pas observé cette variété de néoplasie. Sans doute, la crainte de la séreuse péritonéale écartant de leur esprit toute idée d'intervention a contribué, pour une large part, à cette espèce d'indifférence vis-à-vis de cette tumeur.

Mac Farlane l'a décrite en 1832, en Angleterre, et Boulanger, en France, vers 1843, l'a dénommée « tumeur fibreuse hypogastrique ». En 1845, Michon opéra une malade atteinte de fibrome de la paroi abdominale, mais il n'en parla qu'en 1860, à la Société de Chirurgie. La première publication appartient à Sappey (1850); Limange, la même année, cite deux cas de fibromes de la paroi abdominale, d'autant plus intéressants qu'ils avaient trait à des hommes. Langenberck en cite deux autres cas, survenus chez des femmes ayant eu des grossesses répétées. Vers la mê-

me année des travaux plus importants paraissent, et le diagnostic de cette tumeur est grandement facilité par la recherche de l'immobilisation de cette tumeur lors de la contraction des muscles abdominaux ; ce symptôme est décrit par Bouchacourt. Un peu plus tard, Santesson montre le mode d'extension de la tumeur. Paget, en 1856 soutient la théorie de l'origine traumatique du fibrome, à laquelle se rallie Hertzoz. Presque en même temps, Cruaveilhier fait une description détaillée de cette tumeur. Une période de 10 ans s'écoule durant laquelle les faits observés restent dans l'ombre, et c'est la fin de la première période de l'histoire des fibromes de la paroi abdominale.

La seconde période de Labbé et Remy, commence le 22 Août 1860, avec Huguier, Verneuil, Michon, Chassaignac, qui, à la Société de Chirurgie, remettent cette question en honneur. Huguier émet la théorie ostéo-périostique du fibrome « cette tumeur, dit-il, est presque toujours liée par un pédicule au squelette voisin ». Ses cas personnels, au nombre de quatre, ceux de Gosselin et de Gubler, paraissent en 1861, dans le travail important de Bodin.

Ensuite de nombreuses observations sont rapportées par Nelaton, Gosselin, Letailleur, d'Alençon, Chairon, le Professeur Panas. Nelaton pousse les idées de Huguier, et met cependant en évidence les rapports entre le fibrome et la grossesse. A l'étranger Baker-Brown, Hulke, Billroth, Suadicani, en citent encore des cas. D'autres auteurs préconisant com-

me traitement, l'excision, sauf pour les tumeurs adhérant au péritoine, admettent encore l'origine musculo-aponévrotique. Les mémoires de Guyon, qui paraissent en 1877, citent de nouveaux cas de fibromes de la paroi abdominale, Labbé encore d'autres cas. A propos de traitement, Suadicani, vers cette époque recommande, pour l'extirpation de ces fibromes, la méthode antiseptique de Lister ; et il publie ses résultats opératoires, combien plus satisfaisants. Des cas isolés sont encore décrits par Bard et Denonvilliers en 1877. Guyon, Gaucher et Letailleur en rapportent d'autres l'année suivante. A propos de la pathogénie de ces tumeurs, Gratzer, en 1879, reprend les idées de Conheim : ces tumeurs fibreuses proviendraient des dépôts embryonnaires qui se développent sous l'influence de certaines excitations ; c'est la théorie embryonnaire ; c'est cette théorie qui fait jouer un rôle important à la grossesse ; celle-ci, distendant la paroi abdominale, ne serait pas étrangère à l'apparition de ces tumeurs. Les années suivantes ce sont les noms de Salesse, de Langenberck, de Cornil, de Riel, de Santesson, de Esmarch, de Billroth encore, de Thomas de New-York, de Hanks, de Cornelius William, de Reisz, qui figurent à la suite des observations parues, puis ceux de Bard de Lyon, de Nicaise, de Guerrier, de Rokitansky, de Verneuil. En 1883, toujours à propos de la pathogénie, Hertzoz fait de ces tumeurs, des cicatrices exubérentes musculo-aponévrotiques ; et il les compare aux cals osseux des fractures. Slifossososki, de St-Pétersbourg, en 1884, recommande l'extirpation

d'une portion aussi grande que possible du péritoine adhérent à la tumeur. Sanger, à la même époque dénomme ces fibromes « tumeur desmoid » et cette appellation est restée employée chez la plupart des auteurs allemands, anglais et américains. En 1883, Maksoud-Cherbetian, dans sa thèse importante, étudie un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez un homme. Dussauchoy, quelques années après cite un cas de fibromyone de la paroi abdominale. Les thèses sont nombreuses, à cette époque, qui traitent de ce sujet, rappellons celle de Lemoke (Berlin 1884), de Damalix (Paris 1884), de Haquin (Paris 1888), de Loisnel (Paris 1883 et également les articles dans les diverses publications médicales de Le Dentu (Société de Chirurgie), de Daniel Mollière (Gazette des Hôpitaux), de Duret et Leplat à Lille, de Ternillon et de Peyrot, dans son manuel de pathologie externe.

C'est en 1888 que parait le travail très important de Labbé et Remy, c'est la monographie la plus complète de cette époque ; et l'on peut y puiser encore d'utiles renseignements. En 1893, Temoin présente un cas de fibrome chez un garçon de 7 ans ; c'est unique dans la littérature médico-chirurgicale. En 1894, à Lille, parait la thèse de Lequette, sur l'étude des fibromes pseudo-pédiculés de la paroi abdominale antérieure. L'année suivante, Claude et Butters en étudient l'anatomie pathologique à propos de deux cas qu'ils publient dans le Bulletin de la Société anatomique de Paris. Les années suivantes on voit encore les noms de Monod, de Reclus, de Verneuil, de

Quénu, de Ségond, qui s'occupent de ces tumeurs et qui en publient des cas. A Sanghaï de même Mac Cartney a cité un cas typique. A Lille encore, l'année suivante, dans le journal des sciences médicales, Druon étudie la pathogénie de ces tumeurs, et cite un cas de fibro-sarcome de la paroi abdominale guéri par l'extirpation (1897) P. Delbet et Hereso disent que les tumeurs sont en relation intime avec le ligament rond ; ces idées paraissent dans la thèse de Guinard (Paris 1898) en même temps que Roguet à Angers, soutient sa thèse sur la même question. Bouffieur, Stirling, Villar, Van Lennep, Lenobie, en présentent encore des observations. A Lille encore, où l'on s'intéressait toujours à ces tumeurs, Drucbert. en 1903, fait paraître dans l'Echo médical du Nord un article intéressant à ce sujet, tandis que Abadie Ducros et Silberberg, la même année, relataient d'autres cas, à Paris, dans le « Bulletin et Mémoires de la Société anatomique. En 1904, Pfeifer, dans sa monographie, réunit 107 cas de fibromes opérés avec 30 % de récidive locale, post-opératoire. Citons, encore, les noms de Cullen, de Powers, de Bockel, de Bidwell, d'Eccles, de Martin Aguilar, de Tapie et Daumic, de Tatarinoff, avant d'arriver à ceux de Lecene et Delamarre, qui, en 1908, dans le Progrès Médical de Paris et dans le Journal de Chirurgie, préconisent l'énuclation résection de ces tumeurs et mettent définitivement au point la question de ces fibromes. Vignard à Nantes cite d'autres cas de fibromes, et Scatone à Naples, la même année admet l'origine inflammatoire des fibromes de la paroi abdominale

Peraire cite, en 1910, un cas de fibrome à évolution très lente, et Marcel Bertrand, dans sa thèse de Montpellier, celui d'un garçon de 22 mois qui présentait une tumeur de ce genre.

Senlecq et Chenot relatent une observation ayant trait à une malade qui présentait un fibrome récidive de la paroi abdominale. Puis on ne note plus aucun travail important de 1912 à 1926. Si l'on fait exception du cas de Rasse, qui présente dans le journal de la Société de Médecine militaire française, l'observation d'un soldat ayant un volumineux fibro-sarcome de la paroi, guéri par une large ablation, et dont la vaste perte de substance fut comblée par une greffe de Thiersh. A Milan, en 1912, parait la thèse de Solaro, sur l'étude des tumeurs inflammatoires chroniques post-opératoires de la paroi abdominale. Curtis et Potel, en 1921, présentent à Paris un cas de tumeur surrenalienne de la paroi abdominale. Delbet présente de nombreux cas de fibromes ; et Cahu, à Leipzig celui d'un fibrome survenu à la suite d'une appendicectomie. Hartman, à Helsingfors, fait en 1923, un rapport sur ces tumeurs. Muad et Protti, à Rome, Schumann à Philadelphie n'ajoutent plus rien à ce que leurs prédécesseurs avaient apporté.

Il faut arriver à 1926 pour avoir, avec M. J. Stewart, et T. B. Mouat, dans le Bulletin de Chirurgie de Bristol, une étude détaillée sur les fibromes de la paroi abdominale. Ces auteurs réunissent 7 cas personnels et 59 autres cas, les plus récents de cette époque ; et c'est surtout l'article de Petresco et Nov-

LEANO qui parait dans le Journal de Chirurgie de Paris, qui est de beaucoup le plus complet ; il rapporte 8 cas de tumeurs qu'ils opérèrent en l'espace de quelques mois.

MERLINI, PACETTO, l'année suivante citent encore plusieurs cas de ces tumeurs, et SICHEL, à Leipzig, publie un cas de fibrome récidivant, PATEL et EPERVIER, un autre cas, survenu au cours de la grossesse. En 1927, C. M. KRASINKAIA reprend le terme de « tumeur desmoide ». E. POLLACO opère et guérit un cas de fibrome de la paroi, SCARPELLO également, puis BRUJANT, LIEBESKIND, et O. ANGELILLI en 1928. En 1929 on ne relève que les observations de ARRIGONI, et de M. L. MOENCH, qui cite un cas de tumeur fibreuse de la paroi, survenue à la suite d'une opération l'abdomen, et le travail de KRYLOFF : desmoid tumors of anterior wall (Permsky m. j. 1930).

Enfin, les observations de notre Maître parues récemment dans la Presse Médicale et dans le Nord médical confirment les idées de LABBÉ et RÉMY, de LECÈNE et DELAMARRE, de PETRESCO et NOVLEANO, tant au point de vue étiologique et pathogénique, qu'à celui très important du traitement.

III

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Dans la plupart des observations, il s'agit de femmes, et de femmes, mères de un ou de plusieurs enfants. Sappey, Limange, Verneuil, Delbet ont publié chacun une observation relative à des hommes. Dans tous les autres cas, il s'agit de femmes, et le plus souvent de femmes jeunes. Il est donc juste de dire que le fibrome se rencontre dans les deux sexes, avec une fréquence plus grande chez les femmes. Le sexe féminin fournit, en effet, le plus grand nombre de cas ; il est facile de le constater si l'on veut bien regarder que sur 400 cas, recueillis par Pfeiffer dans sa statistique de 1904, 265 ont été rencontrés chez la femme (ce qui fait une moyenne de 87 %), et 250, parmi celles-ci, avaient eu des grossesses (ce qui fait 98 % du nombre total des femmes).

Dans une autre statistique, celle de Stewart et Monat (1925) ont trouvé que sur 61 cas, il y avait 58 femmes, (ce qui fait une moyenne d'environ 93 %). L'état puerpéral, la maternité ont presque toujours

précédé le développement de la tumeur ou a coïncidé avec lui. Quelles explications donner dans les cas dans lesquels il s'agit de jeunes filles vierges, de femmes nullipares, et à plus forte raison, lorsqu'il s'agit de sujet du sexe masculin ? on peut considérer la grossesse comme un traumatisme lent, agissant mécaniquement par distension ; l'état puerpéral jouerait un rôle secondaire. Tillaux cite le cas d'une femme qui après avoir subi une ovariotomie, présenta dans la suite, un fibrome de la paroi. Bodin rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite d'un effort violent, présenta de même un fibrome de la paroi. Peraire, en 1901, cite le cas d'un homme qui après une chute sur la région épigastrique, présenta un fibrome typique de cette région. Delbet, en 1922, opéra un homme de 41 ans d'un fibrome de la moitié gauche de l'abdomen; cet homme, 17 ans auparavant, avait reçu un coup de pied dans cette région, au cours d'une partie de boxe.

Les femmes sont donc les plus souvent atteintes ; ajoutons à cela la notion de maternité. L'âge habituel c'est-à-dire, de femmes en pleine activité génitale. Pe- est 20, 30 ans ; il s'agit donc de femmes jeunes, tresco et Novlèano, dans leur statistique, donnent 7 femmes sur 8 cas observés, donc 85 %, toutes ayant eu un ou plusieurs enfants.

Le traumatisme sera en cause lorsqu'il s'agira d'individus du sexe masculin.

Pour expliquer ces faits, une série de théories ont été admises ; mais aucune n'explique jusqu'à présent d'une manière définitive, la pathogénie de ces tu-

meurs. La question du fibrome de la paroi abdominale est complexe et sa pathogénie souvent difficile à préciser. Un fait est cependant à peu près constant, comme nous l'avons vu tout à l'heure, le fibrome est rare chez l'homme et il se rencontre presque exclusivement chez la femme jeune. Ce qui rend, d'ailleurs, son étude difficile, c'est que la majorité des chirurgiens n'a vu que très peu de cas semblables. Labbe, dans un espace de 20 ans, n'en a vu que 10 cas ; Billroth 16 cas en 23 ans, Nelaton, 15 cas en 27 ans ; les frères Mayo, dans leur clinique en ont vu 25 cas en 16 ans, de 1906 à 1922. Le plus grand nombre de cas a été recuelli par Pfeiffer à la clinique de Bruns (Tubingen). Petresco et Novleano, à la clinique chirurgicale de Jassy (Roumanie) en ont observé 8 cas, de mai 1923 à Février 1925 ; c'est un chiffre assez fort pour un intervalle relativement court.

Les premiers débats qui se sont soulevés relativement à l'origine de ces tumeurs, remontent à 1860, avec Huguier. C'est lui qui mit au jour la première théorie pathogénique qu'il appela théorie périostique. Les premiers auteurs, par cette théorie, essayaient d'expliquer l'origine des fibromes, en se basant sur la présence inconstante d'ailleurs, d'un pédicule. Ce pédicule reliait la tumeur à un os voisin le plus souvent à l'épine iliaque antero-supérieure, plus rarement aux côtes. Mais les chirurgiens ont montré que souvent ce pédicule que l'on avait cru sentir n'existait pas en réalité. La théorie ostéo périostique, classique en France, était soutenue par Bodin, Nicaise, Gosselin et Nelaton ; son dernier défenseur fut Salesse et

elle fut abandonnée en 1875. Guyon l'avait déjà combattue ; il la détruisit en lui opposant la théorie fibro musculaire, ou musculo aponévrotique. Pour lui, les fibromes se développent au milieu des muscles et des aponévroses ; les pédicules que l'on peut découvrir ne seraient que des adhérences secondaires et accidentelles. A cette théorie se rallièrent Cornil, Esmarch, Butzen et Boye. Plus tard Nicaise, d'abord partisan de la théorie de Huguier se rangea du côté de Guyon, puis Tillaux, Labbe et Rémy, Sanger.

En 1879, une nouvelle théorie essayant d'expliquer la pathogénie du fibrime, prend naissance avec Graetzen ; c'est la théorie génitale de Conheim. Selon cet auteur, la tumeur proviendrait de dépôts embryonnaires restés à l'état latent et qui, à un moment donné, sous l'influence de certaines excitations commencent à proliférer petit à petit. La grossesse par la distension de la paroi abdominale aurait une influence plus grande que les traumatismes opératoires ou accidentels. Mais cette théorie n'a pas vécu longtemps.

Reprenant les idées de Labbé et Rémy, Ebner, en 1880, et Hertzog, en 1883, et se basant sur l'origine musculo opénévrotique de la tumeur, émettent une nouvelle théorie, la théorie mécanique. D'après celle-ci, le fibrome se développerait à la suite d'un traumatisme en relation avec la grossesse et la parturition surtout. Ces auteurs en arrivent même à comparer le processus de réparation de cette tumeur à un cal exubérant dans les fractures, et à une cicatrice chloidienne. C'est la théorie cicatricielle d'Ebner. Se-

lon l'opinion de ces auteurs, et ce sont aussi les idées de Pétresco, au traumatisme succède un processus inflammatoire qui répare les aponévroses détruites de la façon suivante : il y aurait, dans le première phase, un hématome dû aux ruptures vasculaires, celui-ci se résorberait ensuite, petit à petit, mais incomplètement, de sorte que la cicatrice formée pourrait devenir exubérante et proliférer de plus en plus. Cette théorie explique le point capital de la question, l'absence d'encapsulement complet de la tumeur. Labbé et Rémy incriminaient principalement les déchirures musculaires qui se produisent au cours de l'accouchement. C'est ce qui expliquerait ce fait que les fibromes de la paroi abdominale sont une affection toute spéciale au sexe féminin. Claude et Tuffiers, également en 1895 regardaient ces fibromes comme la conséquence de ruptures musculaires qui se produiraient sous l'influence d'un traumatisme direct, et le plus souvent encore à la suite des efforts et contractions douloureuses prolongées de l'accouchement. Mais il est difficile d'expliquer pourquoi ces ruptures sont suivies de lésions différentes de celles qui accompagnent les ruptures des autres muscles. En effet, dans un grand nombre d'observations on décrit soit des fibromes purs, soit des fibro-sarcomes, soit plus rarement des fibro-myxomes.

Les néoplasmes, surtout ceux qui contiennent des éléments sarcomateux sont l'indice d'un processus autre qu'un travail de cicatrisation et de réparation de la région. Il serait important dans d'autres cas, de s'assurer de la présence réelle de cellules sarcoma-

teuses. Car même dans les tumeurs nettement fibreuses, il existe par place des cellules étoilées, à prolongements de nature conjonctive, peu avancées dans leur évolution, des cellules rondes qui pourraient en imposer pour des éléments malins et qui sont seulement la trace d'un travail irritatif et inflammatoire. En l'absence de cellules sarcomateuses, on pourrait alors admettre qu'au niveau de la paroi abdominale, le processus de cicatrisation revêt un caractère particulier d'aspect néoplasique, un peu analogue aux formations cheloïdiennes, nullement distinct au fond des processus de guérison ordinaire. Le relachement de la paroi après l'accouchement, la tension relativement moins grande de ces fibres musculaires, même dans l'effort, la grande abondance de tissu cellulo-aponévrotique pourraient être invoqués pour expliquer la nature spéciale de ces néoformations. Tuffiers, va même plus loin et pense que l'on ne devrait pas donner le nom de tumeurs à ces productions qui n'ont ni l'origine, ni l'évolution des vrais néoplasmes. En effet, ajoute cet auteur, elles succèdent toujours à un traumatisme direct ou indirect, et extirpés convenablement, elles ne récidivent jamais, alors même qu'on y avait trouvé des éléments sarcomateux. Le fibrome de la paroi abdominale représenterait une sorte de cicatrice du tissu musculo-aponévrotique de la région, différent seulement des productions cicatricielles consécutives aux ruptures musculaires ordinaires, par suite de la disposition spéciale des parties où elles se développent.

C'est la théorie cicatricielle d'Ebner, de 1880, qui

fut défendue par O'Neill dans sa thèse de Paris en 1901, et admise en 1925 par Petresco et Novleano. Comme confirmation de cette théorie de l'origine des fibromes de la paroi abdominale citons ceux qui se sont développés au niveau d'une cicatrice opératoire d'appendicectomie, d'hysterectomie, ainsi que le relatent les cas de Balfour Donald (1916) de Danfort (1919) de Cahu (1923) observés à la suite des opérations pour kystes de l'ovaire appendicite et péritonite gangréneuse, ainsi que le cas de Wyllys Andrews (1911) à la suite d'une opération de hernie. Dans la statistique de Stewart et Monat, sur 66 cas, 7 se sont développés sur des cicatrices opératoires.

Ces explications ne suffisaient pas encore, et Guinard en 1910, se fit l'habile champion de la théorie génitale. Avec Puyaubert s'appuyant sur les travaux de Saüger et Léopold, il soutint que les fibromes de la paroi abdominale dérivaient pour la plupart au moins, de la portion intra pariétale du ligament rond ; ces fibromes se développeraient en effet dans le canal du ligament rond, spécialement dans sa seconde portion, s'insinuant aussi dans l'épaisseur de la paroi. Saüger, dans son étude sur les fibromes du ligament rond distinguait des fibromes : 1° intra-pariétaux ; 2° intra-canaliculaires ; 3° intra-péritoneaux ; 4° intra-abdominaux. La division de Guinard en :

1° fibromes intra-pariétaux.

2° intra-abdominaux.

3° extra-abdominaux

correspondrait mieux aux faits cliniques.

Cette théorie de l'origine génitale explique bien cer-

taines particularités étiologiques que l'on rencontre communément.

Les tumeurs sont presque toujours uniques, exceptionnelles chez l'homme, et ne se développent que chez des femmes jeunes ; elles siègent toujours ou presque toujours dans la région ilio-inguinale ? Le pédicule n'existe pas ; et enfin, le dernier argument serait que ces tumeurs augmentent de volume pendant les accouchements et pendant les époques menstruelles. Et de plus, au point de vue anatomo-pathologique, la présence de fibres musculaires lisses dans certaines tumeurs serait un argument très important en faveur de cette théorie.

Mais de graves accusations sont portées contre elle, cette théorie ne serait applicable qu'au sexe féminin, et pour les tumeurs situées d'ordinaire dans la région inguino-abdominale ; celles qui sont situées dans d'autres régions près de l'ombilic ou à l'épigastre, selon l'opinion de Léopold, se développeraient aux dépens des fibres musculaires aberrantes du ligament rond, qui sont répandus dans l'épaisseur de la paroi. Dans cette hypothèse, il faudrait, pour être précis, substituer au terme « fibrome de la paroi » celui de « fibrome de la portion intra pariétale du ligament rond, à évolution intra pariétale ».

Nul doute qu'il puisse exister des tumeurs de ce genre, issues soit du ligament rond lui-même, soit de restes embryonnaires entrainés par le ligament rond, dans le trajet inguinal. Mais il semble impossible d'accepter cette interprétation exclusive ; à côté des tumeurs du ligament rond, contenues dans la

paroi, il reste de vraies tumeurs de la paroi, d'origine musculo-aponévrotique. Ce serait une erreur de vouloir expliquer tous les fibromes de la paroi abdominale par cette théorie ; car, si on approfondit l'anatomie pathologique de ces tumeurs, on s'apercevra facilement que certaines tumeurs sont situées au milieu des muscles striés, et ne contiennent aucune fibre lisse et n'ont aucune connexion avec le ligament rond. Avec Morestin, O'Neil, Huvray et Marcille, disons qu'il existe surement des fibromes ou plutôt des fibro-myomes nés aux dépens du ligament rond, mais d'autres tumeurs ont une origine musculo aponévrotique. Ce sont des cicatrices dues aux traumatismes, aux déchirures pendant la grossesse et l'accouchement, et qui ont subi un travail d'hypertrophie.

De toutes les théories émises, théorie ortéo-périostique théorie musculo-aponévrotique, théorie congénitale, théorie génitale, théorie cicatricielle, retenons surtout cette dernière qui explique le mieux l'étiologie, l'évolution et l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Le fibrome de la paroi abdominale parait être, mieux que ne le disent les autres théories, d'origine musculo-aponévrotique, les fibres musculaires striées subissant une série de transformations (Ebner).

Mais avec Pétresco, on peut poser la question s'il ne pourrait exister à l'origine de cette tumeur une prolofération du tissu conjonctif perivasculaire et du tissu musculaire de la paroi des vaisseaux ; en adaptant à sa pathogénie, la théorie émise par Klebs et soutenue par Pillet et Costes, pour le fibrome utérin.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromes de la paroi abdominale avaient surtout été étudiés au point de vue étiologique et pathogénique. Et Guinard, comme conclusion de ses travaux et de ceux de ses prédécesseurs affirmait que les fibromes de la paroi abdominale étaient, dans la grande majorité des cas, des fibromes du ligament rond ; mais la théorie génitale n'expliquait pas tout. Et si l'on examinait des fibromes de la paroi, enlevés chirurgicalement, on s'apercevrait que certains détails de leur structure étaient frappants et qu'ils paraissaient peu en accord avec les données classiques. Dans les traités de chirurgie, les auteurs étaient trop affirmatifs sur un point de l'anatomie pathologique de ces fibromes ; nous allons en parler dans un instant.

Aussi bien Guinard, dans le traité de Le Dentu et Delbet, que Michaux dans celui de Duplay et Reclus, affirmaient que les fibromes de la paroi abdominale étaient des tumeurs « bien circonscrites, le plus souvent encapsulées ; et il était facile de les

décortiquer de la capsule grisâtre qui les entoure. De même Labbé dans son traité des fibromes de la paroi abdominale proclame que ces tumeurs sont « toujours encapsulées ». Mais Lecène et Delamare, qui examinaient les pièces de plus près, deviennent déjà beaucoup moins affirmatifs. Ces auteurs ont pu remarquer, aussi bien pièces en main, qu'à l'aide du microscope que ces tumeurs fibreuses n'étaient pas toujours encapsulées et au contraire « se confondaient toujours en un point avec le tissu msuculaire strié de la paroi dans lequel elles s'infiltraient même dans une certaine étendue ». Leurs observations avaient trait à des fibromes de la paroi, de volume très différent, présentant pour ainsi dire des phases très différentes de l'évolution de ces néoplasmes.

Dans une des pièces qu'ils avaient opéré « il s'agissait d'un petit fibrome de volume d'une mandarine qui occupait le muscle transverse au voisinage du bord externe de la gaine du muscle grand droit, du côté gauche, à huit centimètres au dessous de l'ombilic. En opérant cette tumeur il avait trouvé un plan de clivage très net en avant ; à ce niveau il existait incontestablement une capsule celluleuse, lâche, tout à fait conforme aux descriptions classiques. Mais en arrière, il n'en était plus de même : le fibrome adhérait intimement, se fusionnait même complétement avec les fibres musculaires et l'aponévrose d'insertion du muscle transverse ».

Lecène et Delamare coupèrent les fibres musculaires et aponévrotiques à un centimètre autour du

fibrome qui se laissa alors très facilement enlever. Tout à fait en arrière, le péritoine adhérait également intimement au fibrome et les chirurgiens reséquèrent la membrane séreuse sur une étendue de plusieurs centimètres carrés. Le péritoine et les muscles furent suturés soigneusement et l'opération fut suivie d'une guérison rapide. Lecène et Delamare ne furent pas les seuls à remarquer ces faits importants. Souligoux à Lariboisière extirpa deux fibromes de la paroi abdominale. L'un était du volume du poing et occupait la gaine du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit ; au niveau de l'ombilic. Sur la pièce, on voyait parfaitement les fibres longitudinales du muscle se perdre dans la tumeur qui n'avait pu être énuclée facilement que sur sa face antérieure, recouverte d'un feuillet celluleux très lâche. En haut et en bas, au contraire, l'ablation de la tumeur n'avait été possible qu'en sectionnant les fibres musculaires. Le second fibrome opéré par Souligoux était très gros, son volume atteignait celui d'une tête d'adulte ; il occupait la région de la fosse iliaque ; cette fois, la tumeur était absolument lisse en énucléable sur la plus grande partie de sa circonférence que recouvrait un feuillet celluleux. « Mais en arrière, on retrouvait en un point, une sorte de pédicule, formé par un paquet de fibres musculaires assez épaisses, appartenant probablement au transverse, ou au petit oblique ».

Depuis, on a toujours constaté l'absence d'encapsulement complet de la tumeur ; les conclusions de Guinard sont donc inacceptables, et les tumeurs fibreuses pures, nées dans les muscles ou les aponé-

vroses de la paroi abdominale, n'ont aucun rapport avec les fibromyomes du ligament rond qui ne font que traverser la paroi en suivant le canal inguinal.

Voilà un fait capital bien établi .

Etudions de plus près ces tumeurs et voyons ce qu'elles nous donneront, soit sur la table d'examen du laboratoire, soit sous l'objectif du microscope.

A. — Parmi les divers caractères macroscopiques nous aurons à voir : la forme, la consistance, les dimensions, le nombre, le siège anatomo-topographique et nous verrons en même temps quels sont les rapports que peuvent contracter ces tumeurs avec les différents plans.

Le fibrome de la paroi abdominale se présente généralement sous la forme d'une tumeur arrondie ou ovalaire ; on a insisté sur la forme aplatie en forme de galet, mais ce n'est pas une règle absolue.

La consistance est dure, ferme, résistante et contraste nettement avec le muscle auquel la tumeur adhère. Cependant parfois un travail inflammatoire l'a ramoli en certains points et le fibrome peut subir aussi la dégénérescence crétacée. Hormis ces cas, à la coupe, il crie sous le scapel et la section est blanche ou rosée, luisante. On voit des faisceaux entrecoupés de tissu fibreux. On observe encore de petits points rouges, des vaisseaux avec de minces parois dilatées, et des petits faisceaux hérorragiques. Les fibromes du tissu cellulaire sous-cutané et sous-péritonéal sont ordinairement d'une consistance plus molle. Parfois

dans cette coupe, on rencontre des kystes, des poches sanguines, du pus, des granulations calcaires.

Les dimensions sont des plus variables. En général, elles varient comme volume, allant de celui d'un poing à celui d'une tête de fœtus. Elles dépendent probablement des divers stades évolutifs auxquels ces tumeurs sont parvenues. On en a vu qui ne dépassaient pas le volume d'une noisette ; on en a vu de formidables. Gross et Sengert citent le cas d'une tumeur fibreuse pesant 6 kgs ; Montgomery en présente une autre de 9 kgs 500. Mais le plus gros fibrome a été signalé par Rokitansky ; la tumeur pesait 17 kgs et pendait sur les cuisses jusqu'aux genoux.

En général, il n'y qu'un fibrome. Les cas de multiplicité sont extrèmement rares. Dans les statistiques de Labbé et Rémy, on ne trouve que 3 % de tumeurs doubles. Dans celles de Stewart et Monat, beaucoup plus importantes, sur les 66 derniers cas, on ne trouve que des fibromes uniques. Les 8 cas de Petresco et de Novléano ne concernent également que des tumeurs uniques.

Le siège des fibromes de la paroi abdominale ne varie pas beaucoup. Ils se développent surtout dans deux régions.

a) la région inguino-abdominale ;

b) la région sterno-costo pubienne.

On peut d'une façon moins précise classer le siège des fibromes par ordre de fréquence : fosse iliaque, région para ombilicale, région hypogastrique, l'hypo-

chondre, région para épigastrique, région inguinale.

Il est à remarquer qu'on ne trouve jamais le fibrome sur la ligne médiane, mais para-médiane. Dans les cas de Pétresco et Novléano, cinq des tumeurs occupaient la région sterno-costopubienne, et trois, la région inguino-abdominale.

Relativement à leur siège anatomique, les fibromes de la paroi abdominale sont :

1° sous-cutanés ;

2° intra-pariétaux ;

3° sous-péritonéaux.

Les fibromes sous-cutanés sont les moins communs.

Les fibromes intra-pariétaux sont les plus fréquents ; ils sont situés soit en arrière du grand oblique, soit entre le petit oblique et le transverse, soit dans l'épaisseur même du transverse.

Les fibromes sous-péritonéaux sont rares ; Delmas en a rapporté un cas de fibrome développé exceptionnellement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ce cas fut communiqué à la Société de Chirurgie de Paris, par Lecène en 1921.

Quelles sont les connexions anatomiques de ces divers fibromes ?

1° Les fibromes sous-cutanés, développés au-dessus de l'aponévrose, dans le tissu cellulaire n'ont en général que de simples rapports de contiguité avec les deux

plans entre lesquels ils sont compris ; la peau et le grand oblique. Parfois, ils peuvent contracter des adhérences avec la peau ulcérée. Sappey, Limange, Dittel, en ont rapporté des cas.

2° Les fibromes intra-pariétaux qui occupent la gaine musculaire, sont compris entre les divers plans, et n'y prenaient aucune adhérence disaient les anciens auteurs. Cependant Duret et Leplat, Rokitansky parlaient d'enclavement entre les feuillets des aponévroses abdominales, et d'adhérences avec les gaines musculaires, avec les muscles eux-mêmes ; et ces auteurs se rendaient déjà compte des difficultés de l'extirpation : les adhérences étaient lâches ou résistantes, diffuses ou condensées sous forme de pédicule.

Nombre de fois on trouve noté dans les observations que la tumeur était pédiculée... Ce pédicule était habituellement gros et court et s'insère par ordre de fréquence à l'épine iliaque anténo-supérieure, à la crête iliaque, au plan musculo fibreux, au rebord ou à la face interne des fausses côtes, à l'épine du pubis, à l'arcade de Fallope, à la cicatrice ombilicale, au péritoine. Dans la statistique de Pfeiffer, sur 400 cas, 16,28 % avaient de pareilles connexions avec l'ilion, le pubis ou les cotes flottantes. Mais la présence de ce pédicule est bien inconstante; nous avons vu qu'il ne suffisait pas à expliquer l'origine de ces tumeurs; la théorie périostique de Huguier, d'ailleurs n'explique rien quand ce pédicule s'insère au plan musculo fibreux, à l'arcade de Fallope, au péritoine ; il ne faut considérer ce pédicule que comme une adhérence de la tumeur aux parties voisines. Les fibromes intra-

pariétaux ne sont pas parfaitement encapsulés et une grande partie de leur surface se confond même avec les muscles avec lesquels ils viennent se mettre en rapport. Reportons-nous au début de ce chapitre, aux observations de Lecène et Delamare et à celles de Soulignoux ; il nous suffira de répéter avec eux que l'opinion de leurs devanciers était mal fondée. L'encapsulation complète de Labbé et Rémy, de Guinard et de Michaux n'existe pas. Et nous penserons après avoir mis en vedette les idées de Lecène et Delamare, avoir suffisamment insister sur la question ; ces notions d'anatomie pathologique ont un intérêt capital au point de vue du traitement chirurgical, sur lequel nous reviendrons, d'ailleurs.

3° Les fibromes sous-péritoneaux, qui sont très rares, sont en connexion avec le péritoine. Mais ils se comportent de différentes manières à son égard. Les uns auraient de simples rapports de contiguité avec cette séreuse, les autres contracteraient des adhérences avec elle. Parfois, ces adhérences sont lâches et cèdent facilement sous la pression du doigt ou d'un instrument mousse, dans d'autres cas, et le plus souvent elles sont résistantes et on ne peut en venir à bout qu'avec un instrument tranchant ; enfin, elles font parfois tellement corps avec la tumeur qu'il est matériellement impossible de séparer la tumeur du péritoine, et qu'on ne peut l'enlever en totalité sans ouvrir et reséquer la séreuse. Quant à leur étendue, elle est très variable, parfois très limitée, elle peut atteindre quinze à vingt centimètres carrés et davantage. Nous avons vu que les adhérences péritonéales sont de la

plus haute importance au point de vue de l'extirpation des fibromes abdominaux.

D'une façon générale, les tumeurs sous-péritonéales ne peuvent avoir de rapports qu'avec le péritoine qui les sépare des viscères. Le contraire peut avoir lieu cependant au niveau de la cavité pré-péritonéale de Retzius, où la vessie et l'urèthre sont sous-péritonéaux ; il est même possible qu'il se développe de la péritonite circonscrite, au niveau de la tumeur, et que la céreuse enflammée prenne des adhérences avec les organes abdominaux. La tumeur prendra alors des adhérences avec l'épiploon, l'intestin, la vessie (cas de Baker-Brown, de Beveridge, de Verneuil, de Boulenger).

En résumé, on trouvera un fibrome de la paroi abdominale, le plus souvent dans la région inguino-abdominale, ou dans la région sterno-costo-pulvienne ; dans la gaine musculaire, et imparfaitement encapsulé.

B. — Examinons maintenant la structure de ces tumeurs, au microscope. Le plus souvent, la tumeur est formée de faisceaux conjonctifs entrecroisés en tous sens, séparés les uns des autres par des cellules plates, ramifiées et anastomosées entre elles. Ainsi constituée la tumeur est un fibrome pur. Mais il s'adjoint quelquefois au tissu conjonctif d'autres éléments qui vont donner naissance à des tumeurs mixtes, et suivant que les éléments surajoutés seront des cellules embryonnaires des fibres musculaires lisses, des cellules adiseuses ou du tissu muqueux, la tumeur s'appelera fibro-sarcome, fibro-myome, fibro-lipome, fibro-my-

xome. Ces tumeurs mixtes sont rares. Toutefois, le fibro-sarcome serait presque aussi fréquent que le fibrome pur.

Si l'on fait des coupes en pleine tumeur, on verra la structure du fibrome adulte typique, formée surtout de fibres coupées sous les incidences les plus variées, avec, en certains points, des amas de cellules jeunes et de vaisseaux. Bien plus intéressantes sont les coupes qui portent à la périphérie de la tumeur, là où elle adhère, ou mieux, se fusionne avec le muscle. Car tandis qu'au centre on ne voit que des fibres musculaires entrecroisées dans toutes les directions, là, on peut constater l'infiltration à distance du tissu fibreux de la tumeur dans le muscle ; la tumeur présente le caractère cellulaire étant formée de cellules plus jeunes et de vaisseaux. Les fibres musculaires striées sont progressivement détruites par l'invasion conjonctive et à un ou deux centimètres de profondeur, du côté de la production morbide, on trouve des fibres musculaires striées, isolées, disséquées par cette invasion, les noyaux du sarcoplasme étant toujours proliférant et disposé en trainées longitudinales, le long du myoplasme qui perd sa double striation.

Les fibres musculaires subissent en sorte une série de transformations ; les noyaux et une mince couche de protoplasme restent, mais la fibre dégénère, et disparait, sans laisser de trace. Souvent, c'est la substance même de la fibre musculaire qui subit seulement des modifications ; elle persiste en subissant des métamorphoses, des phénomènes simples de regression. En certains points les fibres musculaires s'amincissent,

deviennent irrégulières, et la striation transversale, comme nous l'avons vu tout à l'heure, disparait. Le cytoplasme se colore plus intensivement à l'éosine. Par place, les noyaux restent dans leur position normale ; en d'autres endroits, ils se partagent dans le cytoplasme, s'allongent, deviennent minces, et prennent l'aspect de faisceaux lisses. Par place, on observe de curieuses régressions du tissus musculaire strié. Ces altérations ont été bien décrites par Durante, sous le nom de cellules géantes musculaires ou de fausses cellules géantes. Les noyaux se multiplient, s'accumulent en un point ou se répartissent inégalement sur le pourtour d'une masse protoplasmique qui conserve encore ses réactions colorantes ; ce qui permet de la distinguer facilement d'une vraie cellule géante. Mais ceci n'a rien de spécifique. Si ces noyaux apparaissent plus proéminents dans les tumeurs dermoïdes, le fait est en rapport avec quelques troubles nutritifs ou nerveux encore mal définis, en rapport aussi avec l'infiltration provoquée par la lente croissance de ces tumeurs. Dans les tumeurs qui sont arrivées rapidement à un grand développement, le centre devient myxomateux ou mucoïde, et les cellules largement séparées, prennent une forme étoilée.

Tous ces faits montrent d'une façon indiscutable que dans une partie au moins de son étendue, le fibrome de la paroi abdominale s'infiltre dans les muscles et les détruit en se substituant progressivement aux fibres musculaires striées.

Voyons maintenant les vaisseaux.

Ils sont peut abondants dans le fibrome pur, rares

et grèles, ils sont plus volumineux et nombreux dans le fibro-myome et dans le fibro-sarcome. De plus, si l'on considère dans ces derniers les parois vasculaires, on voit qu'elles sont constituées d'éléments embryonnaires. Dans un cas de Duret et Leplat, les vaisseaux étaient volumineux, dépourvus de parois contractives et restaient béants à la coupe à cause de leur adhérence avec le tissu de la tumeur. Dans une observation de Nicaise, les vaisseaux n'étaient même que de simples lacunes entourées de cellules embryonnaires. Les fibro-sarcomes sont même parfois sillonnés de gros tissus veineux, voire même artériels.

Rokitansky, dans une observation, cite le cas de sinus et d'artères dont le volume atteignait celui de la radiale. Ceci a sans aucun doute un rôle important dans le traitement, et dans ses complications, dont l'hémorragie serait le principal accident. Certains vaisseaux ont des parois épaisses et des nerfs mêmes les accompagnent, ce sont les vaisseaux normaux de la région qui ont été entourés et pris dans le développement de la tumeur ; les autres plus petits, avec de minces parois, du hypel embryonnaire paraissent être des vaisseaux néoformés.

La tumeur progresse donc par transformation fibreuse du muscle, de proche en proche. Il s'agit d'une véritable « tumeur bégnigne envahissante ». La périphérie de la tumeur prend un type embryonnaire de plus en plus marqué.

Du centre de la périphérie, on observe, avec les vaisseaux, qui de normaux deviennent atypiques, tous les stades de passage entre le fibrome simple et le fibro-sarcome.

V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Comment va se présenter au clinicien un fibrome de la paroi abdominale ? il est bien difficile au début de le déceler. Son évolution étant généralement indolore, il passera souvent inaperçu, surtout chez les femmes obèses.

Parfois il sera découvert par hasard, à la suite d'un traumatisme de la région, ou bien à la suite de douleurs abdominales sans relation avec le fibrome que la malade cherchera à apaiser par la compression de l'abdomen ; ou bien ce sera au cours d'un examen obstétrical qui le médecin découvrira la tumeur ; ou bien, après un accouchement, ce sera la paroi qu'on trouvera déformée et qui attirera de suite l'attention.

On ne sentira le fibrome que lorsqu'il aura acquis un certain volume, ou qu'il aura provoqué soit des troubles subjectifs en rapport avec le psychisme de la malade. Parfois, même, lorsque la tumeur aura grossi

rapidement ce sont les troubles de compression des viscères abdominaux qui amèneront la malade au médecin ; mais c'est une éventualité assez rare. En définitive, la symptomatologie est fruste ; les troubles subjectifs consisteront surtout en douleurs locales, avec crises intermittentes, et irradiation de cette douleur dans les directions les plus diverses, ou bien ce seront des douleurs névralgiques, et enfin, ces troubles de compression, seront les troubles fonctionnels les plus importants.

Ce sera surtout sur les signes physiques qu'il faudra compter.

A l'inspection de la région où se trouve la tumeur, on ne voit rien de particulier, la peau est normale, quant à sa coloration et à sa mobilité, elle se laisse facilement plisser entre les doigts.

A la palpation, on constate une tumeur dure, lisse, quelquefois lobulée et de volume très variable. Lorsqu'elle est ovoïde, son grand axe est parallèle à l'arcade crurale, dans la région inguino-abdominale, il est vertical dans la région sterno-costo-pubiennel, et parallèle à la ligne médiane. La tumeur est mobile, en général, dans le sens vertical ou dans le sens transversal, quelquefois dans l'un et l'autre sens. Parfois on a la sensation d'un pédicule. Lorsqu'on a affaire à une tumeur qui réunit ces différents caractères, on ne peut encore rien dire. Il faut faire le diagnostic anatomique de la tumeur, et pour cela il faut commencer d'abord par établir le diagnostic topographique ; de celui-ci découlera très facilement le premier.

On conçoit que le diagnostic ne sera pas le même si l'on arrive à penser que cette tumeur est située dans l'épaisseur de la paroi ou qu'elle siège dans la cavité de l'abdomen.

Dans le premier cas, le diagnostic sera fait, car les hypothèses possibles se ramènent à une.

Le point capital est donc de déterminer la situation topographique de cette tumeur. C'est la question du diagnostic entre les tumeurs pariétales et les tumeurs intra-abdominales.

Il est bien difficile de diagnostiquer le siège exact des tumeurs de la paroi abdominale. Pean en a bien exposé les raisons anatomiques et physiologiques : « La multiplicité des feuillets qui composent les parois « abdominales, la disposition étalée et la superposi- « tion des plans musculaires, la minceur et les con- « nexions intimes que présentent entre elles les « aponévroses, l'inestensibilité due à l'exceptionnelle « fixité de ces organes qui sont adhérents par chacun « de leurs bords, inextensibilité qui ne se laisse vain- « cre que dans de faibles limites par l'expension d'une « tumeur développée entre les plans continus, tandis « que par leur fixité, ces plans s'opposent à ce que « la main de l'observateur puisse les écarter ou les « soulever ; une quasi unité d'action de ces mêmes « organes, qui fait que, même dans l'état physiolo- « gique, il est difficile d'apprécier, par la vue et par « le palper, les contractions particulières de chaque « muscle, telles sont dit Péan, les causes qui s'oppo- « sent le plus, à la précision de l'examen ».

Cependant, on peut, dans certains cas, sinon affirmer que la tumeur siège entre tel ou tel plan musculo-aponévrotique au moins, dire avec beaucoup de probabilités, que le fibrome est sous-cutané, interstitiel ou sous-musculaire. Et c'est là, pour les tumeurs sous-cutanées ou interstitielles, une notion d'une très grande importance, car, cette conviction acquise, la connnaissance précise des plans entre lesquels siège la tumeur, devient secondaire puisque les difficultés opératoires et les complications à redouter sont les mêmes ou peu s'en faudra. Il n'en est pas de même pour les tumeurs profondes où il serait à désirer que l'on put être exactement renseigné sur l'état de leurs connexions avec la séreuse péritonéale. Si l'on trouve une tumeur superficielle, bien limitée, mobile dans l'état de relachement et dans l'état de contraction des muscles abdominaux ; si l'on peut, avec la main, la circonscrire, la soulever, l'énucléer, pour ainsi dire de la paroi abdominale, on peut croire que le fibrome est sous-cutané. Si donc, la tumeur est dans les plans superficiels, sous l'influence de la contraction abdominale la tumeur va être rejetée en avant et au palper on la sentira très bien. La tumeur est-elle moins superficielle, moins facile à délimiter par le palper, sa face postérieure est-elle moins accessible à la main, est-elle surtout au moment de la contraction des muscles abdominaux fortement fixée, on pensera qu'elle est profonde, qu'elle est située dans la paroi musculo-aponévrotique ou au dessous d'elle. Le diagnostic peut-il être poussé plus loin, et peut-on reconnaître si le fibrome est interstitiel ou sous-musculaire ?

Une tumeur interstitielle est plus fixe dans l'état de contraction des muscles abdominaux ; elle s'efface moins sous la main qui la palpe. Toutefois, il n'y a là que des nuances difficiles à saisir ; et d'ailleurs ces caractères sont loins d'être absolus, car ils peuvent appartenir aussi aux tumeurs sous-musculaires. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'il est impossible, dans le cas où le fibrome est intra-pariétal de déterminer aux dépens de quel muscle ou de quelle aponévrose il s'est développé.

Les moyens permettant de reconnaître la situation d'une tumeur dans l'épaisseur de la paroi abdominale consistent donc à se rendre compte de l'action de la contraction des muscles de la paroi sur la tumeur. Lorsque le malade contracte les muscles de la paroi abdominale, la tumeur devient encore plus dure, mieux délimitée et complètement immobile ; c'est le signe pathognomonique décrit par Bouchacourt, important dans les tumeurs situées dans la gaine musculaire. Nous avons vu que les tumeurs sous-cutanées devenaient plus proéminentes, tandis que les tumeurs intra-abdominales étaient complètement impalpables ; certaines tumeurs même, situées dans la paroi, mais en arrière des muscles, se comportent comme des tumeurs intra-abdominales. Le diagnostic dans ce cas devient alors très difficile. Parfois on a la sensation que la tumeur est reliée par un cordon au squelette voisin, mais on ne le trouve jamais à l'intervention. Pour obtenir le signe de Bouchacourt, on demande au malade « faites comme si vous vouliez vous asseoir ».

Supposons que la tumeur disparaisse ; c'est qu'elle se comporte comme si elle était une tumeur située dans la cavité abdominale. Est-on sûr que ce n'est pas une tumeur pariétale ? Non puisque les tumeurs situées en arrière du plan musculaire se comportent exactement comme les tumeurs situées dans la cavité abdominale. Il faut chercher ses autres caractères. D'abord, au point de vue de la sonorité, matité absolue ; cela indique l'absence d'anses intestinales entre la paroi abdominale et la tumeur. De ce fait, peut-on conclure sûrement que la tumeur est dans la paroi et non pas dans l'abdomen ; Non, parce qu'il peut se faire qu'une tumeur développée dans l'abdomen vienne prendre contact avec la paroi abdominale. Il faut chercher si on peut passer sous la tumeur. Pour Delbet l'absence de pédicule est en faveur du siège pariétal ; mais nous avons dit ce qu'il fallait penser du pédicule. Et la mobilité ? aucune dans le sens transversal ; et une très légère mobilité dans le sens vertical. Dans un cas typique de Delbet, la tumeur était grosse comme le poing et faisait une saillie considérable quand la malade était au repos ; elle avait tendance à surplomber l'épine iliaque, de sorte que l'ensemble des symptômes conduisait à affirmer que la tumeur était située dans la paroi abdominale, non pas superficiellement, dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni dans l'aponévrose du grand oblique, mais profondément dans la zone des muscles ou dans le tissu cellulaire recto-péritonéal.

Après avoir recherché le siège pariétal ou sous-pariétal des fibromes, trois points restent à éclaircir :

1° Y a-t-il des adhérences avec le tissu fibreux voisin (aponévroses, tendons, périoste, ligaments) ?

2° Y a-t-il des adhérences péritonéales ?

3° Y a-t-il des adhérences avec les organes profonds ?

Il est souvent facile de s'assurer par des tractions exercées dans les directions diverses, s'il y a ou non un « pédicule » qui fixe le fibrome au plan aponévrotique ou au squelette ; l'existence de ce pédicule n'a qu'un intérêt fort médiocre au point de vue opératoire ; et nous avons vu que le plus souvent, il n'existait pas.

S'il y a des rapports qu'un chirurgien doit se préoccuper de préciser pour un néoplasme pariétal, ce sont, assurément, ses rapports avec le péritoine ; nous devinons quelle est l'importance de cette notion lors de l'opération. Mais une telle détermination est impossible, on ne peut se baser ni sur le volume de la tumeur, ni sur son ancienneté, ni même sur la mobilité de cette production morbide. Une mobilité, même étendue, n'est nullement incompatible avec une adhérence péritonéale. Ce diagnostic est donc impossible.

Quant à savoir si le néo a contracté des adhérences avec les organes profonds, les difficultés sont presque aussi insurmontables. Les adhérences vont rarement produire des troubles fonctionnels. Dans un cas de Boulenger cependant, il y avait des troubles viscéraux très accusés « mictions fréquentes et douloureuses, tenesme, retention d'urine et même, accidents

d'obstruction intestinale ». D'autre part, alors même que l'on constaterait des désordres viscéraux, on ne pourrait légitimement rien en déduire au point de vue des adhérences, car les accidents observés pourraient, avec tout autant de raison être imputables à la compression exercée par la tumeur, qu'à des adhérences. Aux divers signes cliniques, ajoutons les troubles circulatoires superficiels. On notera, parfois, la présence de varices ; dans d'autres cas, la peau, au niveau de la tumeur, qui est en général saine, peut se distendre et prendre une coloration violacée.

En résumé, si l'on tient compte du siège qui est le plus souvent la fosse iliaque au voisinage de l'arcade crurale ou la zone ombilicale, c'est à l'aide du signe de Bouchacourt que l'on obtiendra les éléments les plus importants du diagnostic. Celui-ci permettra de préciser le siège sous-cutané, intra-pariétal ou intra-abdominal de cette tumeur. Ce n'est que dans certains cas tout à fait exceptionnels, chez des personnes obèses ou bien pour des tumeurs profondes et anormalement développées, que l'on pourrait hésiter et même porter un diagnostic erroné.

Mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale, ne trouvera-t-on que des fibromes et des fibro-sarcomes ? Non ; on pourra trouver toute espèce de tumeurs, des angiomes, des abcès froids, des lipomes et des tumeurs proprement dites. Ces tumeurs sont toujours des tumeurs fibreuses qu'on a étudié aussi sous le nom de fibrome de la paroi abdominale, ceux-ci rentrent dans un groupe que Guyon a décrit sous le nom de fibrome aponévrotique du tronc.

Le diagnoctic différentiel du fibrome de la paroi devra donc être fait avec d'autres affections de la paroi, et avec les différentes affections des viscères abdominaux.

Voyons d'abord quelles affections de viscères abdominaux peuvent faire penser au fibrome de la paroi, quelles affections peuvent le simuler. Disons de suite qu'elles sont très nombreuses, et qu'on peut passer en revue une grande partie de la pathologie de l'hypogastre.

Signalons de suite les diverses tumeurs de l'utérus qui seront le plus fréquemment rencontrées, puis celles de la vessie, et en particulier celles de sa paroi antérieure.

Pensons ensuite aux kystes des ovaires, aux diverses tumeurs de ces organes. L'examen gynécologique tranchera la question.

Au toucher vaginal, si les culs de sac sont libres, si l'utérus reste indépendant de la masse, on aura la notion qu'il s'agit d'une tumeur de la paroi, sinon, si elle semble unique, et la masse est mobile entièrement, on pourra penser qu'il s'agit d'une tumeur, non de la paroi, mais profonde de l'ovaire. Pensons au fibrome pédiculé de l'utérus.

Pensons aux tumeurs de la vésicule biliaire, du colon, du rein, du grand épiploon, du mesentère, pensons aussi au kyste hydratique du foie, de la rate, à l'hydropésie de la vésicule biliaire, cherchons le rein mobile. Après avoir passé en revue les diverses tu-

meurs des viscères abdominaux, méfions-nous des tumeurs du squelette du bassin, on rencontrera le plus souvent l'ostéo-sarcome de la face interne de l'os iliaque de la face antérieure du sacrum ; pensons aussi aux exostoses. N'oublions pas non plus les diverses suppurations viscérales telles que la salpingite volumineuse, et toutes les inflammations : l'appendicite, la péritonite enkystée de nature appendiculaire le plus souvent ; le phlegmon du ligament large, l'abcès froid se rencontreront assez souvent. Mais il suffira d'étudier plus profondément les divers caractères de ces affections, au point de vue de leur apparition, de leurs symptômes particuliers, de leur évolution, pour les éliminer assez facilement. Et d'ailleurs dès le début de l'examen, la constatation au signe de Bouchacourt tranchera résolument la question.

Le diagnostic sera quand même plus délicat à faire, lorsque le signe de Bouchacourt aura révélé qu'on a affaire à une tumeur intra-pariétale. Il faudra penser au fibrome, certes, car c'est à peu près la seule affection qu'on puisse trouver dans la paroi abdominale. Mais il faut quand même savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi.

On pourra trouver dans la paroi abdominale, l'hématome, la hernie ombilicale, la hernie de la ligne blanche, le lipome intra-musculaire, le sarcome de la paroi abdominale, les gommes syphilitiques, la hernie inguinale.

C'est alors qu'il faudra s'aider de renseignements plus complets, des circonstances d'apparition, du siège de l'affection, des troubles qui l'accompagnent, etc...

L'hématome simple ou suppuré apparait ordinairement dans deux circonstances : à la suite d'un traumatisme ou à la suite d'une intervertion chirurgicale.

Les hernies ombilicales et celles de la ligne blanche se distinguent du fibrome par leurs circonstances et leur mode d'apparition, et par leur siège surtout, car nous avons vu que celui-ci ne se trouvait jamais sur la ligne médiane.

Les gommes syphilitiques profondes s'accompagnent d'altérations rapides de la peau qui les recouvre. Les antécédents spécifiques, la sero réadtion de Bordet Wasserman positive, voilà autant d'éléments qui conduiront à poser le diagnostic.

Dans la région inguino-abdominale, la confusion peut être faite souvent avec une hernie inguinale ; avec un épiplocèle intra-pariétal, lequel présente des caractères tout à fait distincts.

Le lipome intra-musculaire est excessivement rare ; le lipome sous-cutané plus fréquent que le premier se distingue par sa consistance et par sa lobulation.

Enfin le sarcome de la paroi abdominale peut être facilement pris pour un fibrome, et réciproquement. Le sarcome est moins dur que le fibrome et il est aussi moins régulier ; il envahit de très bonne heure, la peau. Cependant, dans les cas de fibromes de dimensions considérables, outre qu'il donne au malade une sensation de pesanteur extrême, le frottement des vêtements qui le recouvre irrite la peau et peut produire des hémorragies répétées ou bien donner lieu à une infection locale.

On voit donc qu'en résumé le diagnoctic est assez aisé, et l'on pourra parler de fibrome de la paroi abdominale lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur dure, régulière, généralement indolore, et nettement délimitée dans la profondeur de la paroi. Le signe de Bouchacourt permettra, en outre, de dire quelle est mobile lorsque les muscles sont relaxés et complètement immobiles au moment de leur contraction ; et les notions étiologiques, de savoir que cette affection se rencontre surtout chez les femmes jeunes, en pleine activité génitale, et qui ont eu des grossesses répétées.

VI

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Que deviendra un fibrome de la paroi abdominale, abandonné à lui-même ?

Trois éventualités sont à envisager :

1° Le fibrome n'évolue pas.

2° Le fibrome évolue et augmente de volume.

3° Le fibrome parait présenter des caractères de malignité.

La première éventualité, sans être très heureuse est quand même favorable ; toutefois, si la tumeur est petite, elle peut passer inaperçue.

Si le fibrome augmente de volume, c'est dans les conditions les plus variables. Delbet cite le cas d'une malade qui présentait un fibrome, lequel, en 16 ans, atteignit à peine le volume d'un poing. Par contre, Fieux, en 1895, signale le cas d'une tumeur qui, dans un intervalle de quatre mois seulement, gagna un volume deux fois plus grand que dans le premier mois.

La tumeur peut donc garder pendant des mois, ou même des années, un volume restreint, pour commencer ensuite à s'accroître rapidement, elle peut adhérer complètement, devenir mal limitée. C'est dans ce cas qu'il faut se demander si la tumeur n'est pas en voie de transformation maligne, par dégénérescence en fibro-sarcome, ou en fibromyxome.

Delbet et Heresco, pour les tumeurs fibreuses du ligament rond dans la paroi abdominale, et Guinard, pour les tumeurs extra-abdominales du même ligament ont observé qu'elles augmentaient de volume surtout pendant les époques menstruelles, ou pendant la grossesse, et devenaient plus douloureuses à ce moment.

Mais il n'y a pas de règle fixe à ce sujet.

En présence d'un fibrome de la paroi, quel pronostic devra-t-on porter ?

Faut-il penser à une tumeur maligne ? Si l'on opère faut-il craindre la récidive ?

Il y a lieu d'envisager le pronostic dans deux conditions :

1° avant l'opération,

2° après l'opération.

1° Les conditions de dureté de la tumeur, sa mobilité, son influence sur l'état général, feront penser, le plus souvent, à une tumeur bénigne, à un fibrome.

2° Après l'opération, nous verrons ce qu'il faut penser de l'examen histologique de la tumeur et il

faudra revoir les malades dans le mois et même dans les années qui auront suivi l'opération.

Disons de suite que c'est une affection généralement bénigne, car il ne s'agit que d'une tumeur localisée qui ne donne pas de métastase. Nous avons vu que laissée à évoluer à elle-même, on ne courrait que le risque de la transformation sarcomateuse ; elle ne conduit pas à la cachexie, ni à la mort ; on a parlé de cas de tumeur énorme pouvant provoquer des troubles de compression grave ; nous avons vu que c'était exceptionnel. Si on l'enlève chirurgicalement, elle ne donne pas de révidive locale ; nous verrons, à propos du traitement, les indications particulières.

Ajoutons que, dans l'état actuel de la chirurgie, il n'y a plus aucun danger à opérer, et à ouvrir et réséquer, s'il le faut, le péritoine.

Ajoutons, encore, que l'avenir obstétrical des opérées n'est nullement compromis.

Dans 8 des cas de Petresco et Novleano, les malades ont quitté le lit le 4^{me} jour de l'intervention, et la clinique, le 8^{me} jour, complètement guéries. Deux ans plus tard, certaines mêmes avaient eu des grossesses et des accouchements normaux.

Les deux opérées de notre Maître sont actuellement en parfaite santé.

VII

TRAITEMENT

Les anciens chirurgiens vivement préoccupés de la possibilité de la blessure du péritoine au cours de l'ablation de ces tumeurs employaient des moyens médicaux tels que « fondants », pommades résolutives, et des moyens chirurgicaux qui étaient le séton, la section de ce qu'on appelait le pédicule, la ligature de ce pédicule, la cautérisation, les injections interstitielles. Ces divers procédés ne donnaient aucun résultat, aussi sont-ils justement tombés dans l'oubli et n'ont-ils plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. On ne peut donc parler de traitement médical de ces tumeurs. Même le Radium et la Radiothérapie, encore récemment employés, n'ont donné que des résultats négatifs et ne sont indiqués seulement que dans les cas de tumeurs inopérables. Toutefois, certains emploient la radiothérapie même après l'intervention dans le but de détruire les éléments qui auraient passé inaperçus.

L'ablation du fibrome est d'ailleurs le premier pro-

cédé en date. C'est Blandin qui en 1845 opéra le premier un fibrome de la paroi abdominale. Sappey, Limange et Boresi, en 1850, continuèrent ce mode de traitement. Hugues, Nelaton, Gosselin, Chassaignac l'abandonnèrent par crainte du péritoine ; Gosselin parlait bien de l'extirpation complète, mais n'osait s'y résoudre, il se bornait à morceler la tumeur. A l'étranger, Santesson, Paget, Langenberk, Esmach, Hulke, Baker-Brown, et en France Chairon, Laroyenne n'hésitaient cependant pas à opérer, et leurs efforts étaient le plus souvent couronnés de succès.

Richet, en 1872, sentait encore la ligature sous-cutanée du pédicule. Dès 1872, cependant, l'ablation des fibromes de la paroi abdominale entra enfin dans les mœurs chirurgicales.

Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical, et c'est celui que, le plus souvent, on a employé de 1872 jusqu'à nos jours.

Y a-t-il cependant des indications, et des contre-indications opératoires ? Non, si l'on s'en tient aux idées directrices de 1872 à nos jours.

Toutefois, il est certains cas dans lesquels la question de contre-indication pourrait se poser :

On a vu de rares cas de fibrome congénital et Haquin cite le cas d'un malade de 82 ans ; ceci ne doit pas entrer en ligne de compte, car on sait, maintenant, que le fibrome parait dans l'âge moyen de la vie. Les fibromes de cet âge sont les plus favorables à l'extirpation, car le malade jeune répare mieux.

Que faut-il penser de la grossesse ? C'est un état fâcheux pour les interventions chirurgicales, en général, et pour l'extirpation des fibromes abdominaux, en particulier. Ces tumeurs siègent le plus souvent dans la fosse iliaque, dans la région hypogastrique.

Or ces diverses régions constituent une zone spéciale en connexion avec la sphère génitale sur laquelle il était imprudent et défendu de porter un traumatisme opératoire au cours d'une grossesse, la conséquence probable de ce traumatisme devait être l'avortement. De plus, la grossesse, comme l'état puerpéral est défavorable à l'évolution des plaies.

Malgré la suractivité imprimée à la nutrition pendant la grossesse, les tissus sont doués d'une faible plasticité qui fait que la plupart des chirurgiens remettaient les opérations qui n'étaient pas urgentes, à plusieurs mois après l'accouchement. Mais il peut y avoir des conditions particulières qui imposent une intervention au chirurgien et qui lui forcent la main. La tumeur peut par le fait de la grossesse même, surtout lorsqu'il s'agit d'un fibro-sarcome, s'accroître considérablement, en quelques semaines et elle peut déterminer des douleurs névralgiques intolérables, par compressions nerveuses, au point de faire craindre pour la vie de la malade ou de lui rendre l'existence insupportable, elle peut provoquer des menaces d'avortement ; en pareille circonstance, l'extirpation n'est guère permise, il faut pratiquer l'extirpation de la tumeur. Péan enleva un fibrome au 7^{me} mois de la grossesse ; la malade guérit sans accidents et 2 mois

après, elle accouchait à terme. Il ne faut pas exagérer la gravité des opérations pratiquées au voisinage de la zone génitale, cette zone n'est nullement inviolable. Dans les cas d'urgence, tels que vomissements incoercibles de la grossesses, l'enlèvement d'un kyste ovarien dans le petit bassin, la rupture d'un pédicule d'une tumeur de l'ovaire ou d'un corps fibreux sous-péritonéal, les chirurgiens et les accoucheurs n'hésitent pas à faire l'ovariotomie au cours de la grossesse. Les succès ainsi obtenus ne se comptent plus ; non seulement la guérison est obtenue, mais il arrive parfois que la grossesse continue son cours normal. Ce n'est pas tant le traumatisme opératoire qui est à craindre, ainsi que le font observer MM. Tarnier et Budin dans leur traité d'accouchement, que ses complications : fièvre, suppuration, lymphangite, érysipèle même. Ces complications, quand elles se produisent, déterminent fréquemment l'avortement ; mais si les complications n'apparaissent pas, ce qui devient le cas le plus fréquent, la grossesse est assez rarement interrompue.

L'état général peut parfois constituer une contre-indication à l'intervention : la cachexie, les pulmonaires, les fibromes ulcérés saignant abondamment, le mauvais état général. Le volume exagéré de la tumeur peut-il être une contre-indication ? Pour les anciens chirurgiens, les grosses tumeurs fibreuses n'étaient point justiciables de l'ablation parce qu'elles exposaient presque sûrement à des adhérences péritonéales. Aujourd'hui, avec les méthodes antiseptiques, les chirurgiens sont devenus beaucoup plus audacieux, ils re-

doutent beaucoup moins la blessure du péritoine et, ce qui, pour Huguier, Nelaton, Gosselin, Richet était une contre-indication à l'extirpation des tumeurs profondément situées dans la paroi abdominale est devenu aujourd'hui une considération d'ordre secondaire. Il n'est guère de chirurgien qui serait maintenant arrêté par le volume exagéré d'un fibrome. Cependant Segond posait comme contre-indication formelle le volume exagéré d'un fibrome qui entrainerait l'ouverture de la résection du péritoine sur une trop grande étendue, sans possibilité de rapprocher les bords de la plaie ; il ne faut pas partager la manière de voir de Segond ; si le malade peut encore vivre un certain temps avec sa tumeur sans être trop incommodé, le fibrome pourra grossir encore et devenir fort gênant par son poids, comme cette énorme tumeur de Rokitansky qui descendait jusqu'aux genoux, sans compter qu'il pourra déterminer des troubles de compressions viscérales graves. Mieux vaut donc opérer aussi les tumeurs de gros volume.

Puisque, le plus souvent, il faut opérer, les indications seront absolues dans le cas de douleurs accusées, de gros volume de la tumeur, l'évolution rapide, et de nature de la tumeur si on peut en faire le diagnostic.

La douleur fait défaut chez un grand nombre de malade ; mais quelquefois la compression des tissus nerveux de la paroi abdominale ou de la fosse iliaque détermine de violentes crises névralgiques dans l'abdomen ou dans les membres inférieurs.

Quant à la question du volume de la tumeur, reje-

tons, les gros fibromes seront extirpés, au même titre que les petits.

Il ne faut pas tant prendre en considération le volume de la tumeur que son évolution. Une tumeur de volume moyen, mais stationnaire et beaucoup moins dangereuse pour la malade qu'une tumeur plus petite à évolution rapide, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme, ce qui est le cas le plus fréquent, et que cette femme est au début d'une grossesse.

La grossesse et l'accouchement impriment une grande activité aux tumeurs pariétales de l'abdomen.

La nature même de la tumeur, dans le cas où le diagnostic peut être fait avec précision devra entrer en ligne de compte, si on a affaire à un fibrome pur, le danger est moins pressant, encore devra-t-on faire des réserves à cet égard, les fibromes pouvant, à un moment donné, se transformer en sarcomes.

Guernier, Damalix, élèves de Trelat, Loisnel, élève de Tillaux, reprenant les idées de Nelaton, conseillent, dans les cas de tumeur de petit volume de s'abtenir et de surveiller la tumeur, de n'intervenir que si on a la main forcée par la douleur, par des phénomènes de compression viscérale. Trelat, Segond, partagent ces idées, *le grand* argument qu'ils invoquent, c'est la blessure du péritoine. Verneuil, Trelat eurent des cas de péritonite mortel. Mais avec Labbé, on aura peu de peine à se convaincre que dans bien des cas, la péritonite n'est qu'un accident secondaire. Les cas de morts, fait remarquer M. Labbé ne prouvent pas qu'il ne faut pas opérer, mais qu'il faut

prendre des précautions pour s'opposer à la rétention. Les accidents observés à la suite de l'extirpation des fibromes ne doivent donc pas arrêter le chirurgien. Avec Terillon ,Le Dentu, Labbe et tous les autres chirurgiens qui les ont suivis, disons qu'il faut toujours opérer. Quand faut-il opérer ? le plus tôt possible.

Il n'y a rien de particulier à signaler au point de vue de la préparation du malade à l'opération, de l'anesthésie, de l'instrumentation. L'intervention consiste dans l'ablation de la tumeur, aussi complète et aussi précoce que possible. L'intervention, simple en cas de petite tumeur devient plus difficile en cas de tumeur de grandes dimensions et surtout lorsqu'elle adhère au péritoine.

L'incision à donner n'a rien de fixe, elle variera avec chaque cas. Cependant, on peut dire en général, qu'elle sera parallèle au grand axe de la tumeur, car c'est de cette façon qu'on la découvrira le plus facilement. C'est le chirurgien qui fera le bistouri en main le siège anatomique du fibrome et qui l'isolera. La tumeur, en général, s'énuclée facilement, mais il n'en est pas toujours ainsi ; parfois le fibrome a pris naissance dans l'intérieur même des muscles ou de leur gaine, ou dans les divers feuillets aponévrotiques la tumeur ne peut plus être énuclée par simple pression ; il faut recourir à l'instrument tranchant. Quand il y aura à sacrifier une portion de la paroi musculo-aponévrotique, on resequera le moins possible et en coupant à ras du fibrome, on mettra plus sûrement

la malade à l'abri des éventrations ultérieures. Dans le but d'éviter l'éventration, Labbe, au lieu de sectionner les muscles directement sur la tumeur, conseille de les arracher fibre par fibre. Cette manière de faire aurait l'avantage de faire moins de perte de substance à la paroi musculaire. Labbe et Rémy conseillent avec l'énuclation de la tumeur, la section du pédicule s'il existe. Mais cette opération n'est pas complète, car le fibrome, le plus souvent, n'est pas tout à fait encapsulé et s'il reste quelques portions inextirpées, elles peuvent donner lieu à récidive. La resection du péritoine fut pratiquée, pour la première fois, par Esmarch, le 6 Juillet 1859 à l'Hôpital de Kiel : « le péritoine fut coupé sur la périphérie et la tumeur, libre de ses adhérences, fut enlevée ». La malade mourut quatre jours après, de péritonite. Gosselin, Laroyenne laissent une partie de la tumeur ; Salesse également ; dans ces cas, la récidive était la règle. Depuis, le péritoine avait été ouvert seulement, ou bien ouvert et reséqué avec des alternatives de succès et de revers. En 1877, Slikossowski, en extirpant un fibro-sarcome de la paroi, dut reséquer toute la moitié droite de cette paroi en y comprenant le muscle et le feuillet périotonéal correspondant. En 1881, il renouvela cette opération ; ses malades guérirent. Cette manière d'agir fut imitée, et c'est celle maintenant de tous les chirurgiens. En 1908, Lecene et Delamare confirment la valeur de ce procédé ; les deux auteurs, examinant plusieurs pièces, constatèrent que non seulement le fibrome n'était pas parfaitement encapsulé, mais qu'il s'insinuait dans les muscles de la paroi qu'il

détruisait en se substituant progressivement à la fibre musculaire striée.

Si l'on met en parallèle les deux procédés qui ont été employés dans le cas d'adhérences péritonéales, l'ablation complète de la tumeur sans lésion du péritoine, et l'ouverture du péritoine, on voit que le premier exposait à la récidive, le second, à la péritonite, celle-ci ne doit plus exister maintenant, l'hésitation n'est plus permise ; il faut enlever complètement la tumeur, dut-on ouvrir et même exciser la séreuse péritonéale.

Lecene et Delamare recommandent par conséquent non pas la simple énuclation, mais une énucléation résection. Cette énucléation pratique se dégage naturellement des remarques anatomo-pathologiques. L'énuclation des fibromes de la paroi abdominale ne doit être faite que tant que la tumeur se laisse dégager avec la plus grande facilité des tissus voisins. Mais aussitôt que le chirurgien arrive sur une partie de la tumeur qui adhère au muscle, ou à priori, semble s'y infiltrer, il faut alors renoncer à l'énucléation et sectionner franchement à quelque distance les tissus envahis, que ce soit des muscles, leurs aponévroses d'insertion ou enfin le péritoine. C'est d'ailleurs le conseil que nous donne Stheinthal dans son article du « Handbusch der Praktischen chirurgie (Tome III, page 19) ». Il recommande de « sectionner délibéremment les fibres musculaires ou le péritoine lorsqu'ils adhérent à la tumeur ». Aujourd'hui nous n'avons plus à nous occuper de l'hémorragie ou de l'ouverture de la séreuse péritonéale comme au temps

ou écrivait Labbe, à cette époque, une énucléation rigoureuse était indispensable, car l'opération gagnait 80 % de gravité au moins, lorsque le péritoine était ouvert ou que des fragments musculaires sectionnés formaient une cavité suintante, vouée à l'infection. Aujourd'hui, tout cela est changé ; l'existence du péritoine n'a plus aucune importance pour un chirurgien digne de ce nom, et les sections musculaires nettes sont faciles à hémostasier par des sutures profondes à points séparés ou en surjet.

Pour conclure, on est donc autorisé à dire que les fibromes de la paroi abdominale ne sont pas partout dans toute l'étendue de leur circonférence, énucléables, il existe toujours une surface plus ou moins étendue où la tumeur se fusionne avec les muscles et les aponévroses et même s'y infiltre en détruisant les éléments musculaires.

Et que, par conséquent, l'extirpation d'un fibrome de la paroi abdominale ne doit pas être une énucléation systématique mais bien plutôt une « énucléation resection », si l'on veut employer l'expression créée par Kocher pour certaines opérations de goitre. Lorsque les fibres musculaires, les aponévroses ou le péritoine sont adhérents à la tumeur, ou infiltrés par elle, il faut, de propos délibéré, les reséquer dans l'étendue nécessaire et reconstituer ensuite la paroi abdominale aussi exactement que possible ; mais parfois à cause du volume trop grand de la tumeur et partant, à cause de la grande perte de substance, on est obligé de laisser la plaie ouverte, pour qu'elle se recouvre d'elle-même de granulations.

Puisqu'il faut opérer, n'y a-t-il cependant pas quelques accidents et des difficultés opératoires ?

Labbe, Billeroth, Rokitansky, Zuntzel, Bouchacourt, Duret, craignaient l'hémorragie, et remarquaient que les fibromes étaient souvent sillonnés de gros tissus veineux, voire même artériels qui donnaient lieu à des hémorragies inquiétantes ; on est aujourd'hui armé contre ces éventualités ; de même nous avons dit ce qu'il fallait penser de la grossesse, de l'infiltration dans les muscles de la paroi abdominale, de la dégénérescence de la tumeur. La notion, autrefois importante de ces accidents, s'efface maintenant devant celle plus importante de resection énucléation. De même les difficultés spéciales à l'extirpation relatives soit au siège des fibromes (canal inguinal, région hypogastrique) soit aux adhérences avec les organes profonds (vessies, uréthre, utérus gravide, vaisseaux iliaques externes, intestin et épiploon).

Les anciens chirurgiens avaient à déplorer de ces complications opératoires graves, telles que l'hémorragie secondaire, la péritonite primitive, érysipèle même ; et des accidents de résection de liquides septiques dans la plaie ; les nouvelles méthodes font maintenant que, ces complications sont d'une extrême rareté. Quant aux résultats opératoires immédiats, on a cité des cas de morts par péritonite le plus souvent, et par hémorragie, plus rarement. Rokitansky cite des cas de mort par péritonite ; Duret par shock. La guérison peut survenir sans aucune complication, ou bien elle est retardée par quelques accidents inflammatoires du côté de la plaie, ou du côté du péritoine.

Il est bien plus intéressant et important de voir quels sont les résultats éloignés de l'opération. La guérison d'un fibrome peut être suivie :

1° de récidive locale, pour les tumeurs incomplètement inextirpées.

2° d'éventration.

3° de douleurs névralgiques au niveau de l'extirpation.

1° La récidive est la complication post-opératoire de beaucoup la plus importante. Si l'on veut bien se rappeler que le fibrome s'infiltre dans les muscles et les détruit en se substituant progressivement aux fibres musculaires striées, on comprendra bien que cette observation anatomique est fort intéressante. Elle nous explique la fréquence relativement considérable des récidives locales après opération de ces tumeurs qui sont cependant des tumeurs bénignes, puisqu'elles ne donnent pas naissance à des métastases. Ces récidives ne sont pas rares ; elles ont été notées par Gosselin, Esmarch, Verneuil ; cela n'a rien de surprenant, les portions laissées par ces chirurgiens reproduisaient la tumeur. On les a observées aussi après extirpation complète de ces tumeurs. Pean, en 1856, enlève une tumeur que l'examen histologique fait par Ordonez, démontre être un fibrome pur ; cependant, deux ans plus tard, cette tumeur récidivait sous la forme sarcomateuse. Gahrester, Dittel, en citent également des cas. Ebner rapporte le cas d'un fibrome de la paroi abdominale qui récidiva trois fois successivement, et dont la guérison ne fut obtenue qu'au

prix d'une quatrième opération. On voit donc qu'avant la méthode opératoire de Lecène et Delamare, les récidives n'étaient pas rares. Et dans un travail très documenté de Pfeifer, paru en 1904 (Beitrage zu, Klin, Chirurgie 1904, Tome 44, page 12) cet auteur réunit 107 cas de fibromes de la paroi extirpés, dont il a pu observer les suites éloignées ; il trouve 33 récidives *in situ*, c'est-à-dire 30 % de récidives. Certains cas sont tout à fait curieux à cet égard, tel celui d'Esmarch qui réopéra la même malade jusqu'à 6 récidives *in situ* d'un fibrome volumineux de la paroi abdominale. Lecène croit qu'une bonne part de ces récidives, sinon toutes, s'expliquent facilement si l'on veut bien songer que trop confiants dans les données classiques, la plupart des chirurgiens énucléaient de beaucoup trop près les fibromes de la paroi ; cette énucléation systématique exposait certainement, nous en savons la raison maintenant, à laisser, en un point quelconque de la cavité d'énucléation, des éléments néoplasiques infiltrés dans le muscle, d'où récidive locale.

Disons donc encore, avec Lecène, avec Delbet, que la plupart de ces tumeurs, siégeant souvent dans la partie profonde de la paroi, en arrière du muscle grand oblique, et contractant presque toujours les adhérences intimes avec le péritoine, doivent être énuclées, en reséquant une portion assez étendue du péritoine pariétal, quand celui-ci surtout a été envahi.

De cette façon, les récidives post-opératoires, *in situ*, relativement fréquentes, disparaitront ou du

moins, diminueront dans une proportion considérable.

La cicatrice opératoire peut, avec le temps, céder à l'impulsion des viscères abdominaux ; il en résultera une hernie abdominale, une éventration. Labbé en rassemble 9 cas. On ne saurait dire pourquoi l'éventration se produit dans certains cas et pas dans les autres. Peut-être faut-il accuser l'absence de sutures musculaires, comme le pensaient Nicaise et Gillette ? Pourtant dans les 9 cas de Labbé, il n'y avait pas de sutures musculaires, et on ne note pas un seul cas d'éventration. On peut dire que l'éventration aura d'autant plus de chance de se produire que l'on aura pratiqué une plus large perte de substance à la paroi abdominale ; à ce point de vue, comme nous l'avons déjà dit, Labbé, ne sectionnait pas directement les muscles de la tumeur, mais les arrachait fibre par fibre ; la perte de substance étant moins grande, les chances d'éventration devenaient moins nombreuses. L'éventration, cause au malade des tiraillements pénibles. Pour l'éviter, on recommandera, surtout chez les femmes grasses, le port d'une ceinture.

Voyons, maintenant, quels sont les résultats.

Ils sont de plus en plus satisfaisants avec les statistiques les plus récentes.

La plus importante et la première qu'on puisse citer est celle de Haquin, qui date de 1889. Cet auteur, en s'aidant de Termillon et de Labbé, réunit 150

cas de fibromes de la paroi abdominale. 26 ne furent pas traités et la mort survint dans la cachexie dans 4 de ces cas ; 7 ne subirent aucune intervention, les autres furent traités par les procédés anciens et ne guérirent pas. Haquin relève 80 cas de fibromes extirpés qui donnèrent la guérison simple ; il cite 3 cas de récidive 11 d'éventration, 23 cas de mort par péritonite, 6 par rétention de liquides septiques, 2 par hémorragies.

Stewart et Monat, dans leur statistique de 66 cas, publient de meilleurs résultats : un cas a été traité par l'électrolyse, un autre cas n'a pas été opéré, 64 ont été traités chirurgicalement ; on relève 2 cas de péritonite seulement (celui de Mac Farlam 1832 et de Reed 1888).

En ce qui concerne les résultats tardifs qui se rapportent à 20 cas, ces auteurs comptent 4 récidives locales, l'une 20 ans après l'intervention, les autres après 2 ans, un an et 10 mois.

Dans les 7 premiers cas de Pétresco, on ne relève ni récidive, ni complications post-opératoires au bout de 1 et 2 ans, cet auteur cite un cas de récidive locale survenue 20 ans après la première intervention.

Les deux cas de notre Maître ont été opérés en Février 1930. L'une des opérées est revue à la clinique en Avril 1931, elle présente avec une cicatrice parfaite et non douloureuse, un excellent état général. L'autre malade, vue chez elle, a repris son commerce et se trouve en état de parfaite santé.

VIII

OBSERVATIONS

Observation N° 1. — (Denebert 1903).

La malade âgée de 21 ans, entre en Août 1902 dans le Service de M. le Professeur Dubar. Elle a toujours été bien portante ; à l'âge de 18 ans, elle a eu un accouchement assez pénible, terminé par une application de forceps. Les suites de couches ont été normales.

Il y a 8 mois, la malade en soulevant une cuve remplie de linge, ressentit au niveau du flanc gauche, une douleur très vive. Elle dût même garder le lit pendant 8 jours. Après ce petit accident, une ecchymose apparut dans la région douloureuse. Ce fut 3 mois plus tard que la malade remarqua au point levé précédemment une petite tuméfaction siégeant au dessus de l'arcade crurale. Cette tumeur augmenta lentement de volume et quand on examina la malade, elle était grosse comme un œuf de pigeon. Indolore à la pression et siégeant profondément dans la paroi,

elle paraissait assez mobile quand la malade étendue sur le dos relachait ses muscles. La contraction de ceux-ci donnait à la tumeur une fixité toute particulière. La malade n'a pas remarqué de changements dans le volume de la tumeur à l'époque de ses règles ; en tout cas, à aucun moment elle n'était le siège de douleurs.

Opération. — La tumeur siège en plein muscle ; elle adhère solidement au péritoine pariétal dont une portion est excisée ; aucun pédicule rattachant la tumeur à l'osiliaque et absolument aucune connexion avec le ligament rond. Deux plans de suture au catgut réunissent le péritoine et la couche musculaire ; plaie cutanée réunie à l'aide d'agrafes de Michel. Guérison par première intention.

Examen microscopique. — Tissu fibreux ; pas de fibres musculaires lisses. Fibrome développé dans une cicatrice de déchirure musculaire.

Observation N° 2. — (Forgne 1905).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, enceinte. Elle a 4 enfants déjà, il y a un an, elle avait ressenti quelques douleurs dans le ventre, une tumeur est apparue dans la région iliaque gauche. Après son accouchement, la femme s'est aperçue que la tumeur, qui ne grossissait que lentement, a subi une poussée d'accroissement, et les dimensions augmentent rapidement.

On note une tuméfaction dans la fosse iliaque gau-

che, lisse, dont le grand axe est parallèle à l'arcade crurale, le pôle supérieur tangent à l'horizontale passant par l'épine iliaque anténo supérieure ; l'extrémité intérieure affleure au mont Vénus ; le bord externe longe l'arcade crurale ; le bord interne affleure à peine la ligne blanche. La tumeur est dure ; à la partie supérieure on sent un pédicule qui semble la rattacher à l'épine iliaque anténo-supérieure. La tumeur est mobile avec la paroi, la tension des muscles de cette paroi fixe la tumeur sans déterminer d'affaissement.

Opération. — On tombe sur l'aponévrose du grand oblique. On trouve la tumeur régulière, au volume du point, bien limitée. Le pédicule est constitué par une bande de fibres aponévrotiques condensées et tendues ; il n'y a pas d'adhérence avec le péritoine. Le clivage est facile.

Examen de la pièce. — Aspect du tissu musculaire dissocié par de larges travées de tissu conjonctif dur, avec par endroits, des foyers brillants ressemblant à des points de dégénérescence myomateuse. Au microscope, cellules et fibres allongées parfois en tourbillons, parfois tissu fibrillaire ondulé avec cellules allongées, à noyau en bâtonnets.

Observation N° 3. — (Vignard 1908).

La tumeur siège dans la paroi abdominale, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle présentait dans la profondeur, en un point limité, une adhérence intime avec le péritoine sous-jacent. Au

point de vue étiologique, il s'agit d'une femme de 38 ans qui s'est levée 3 ou 4 jours après son accouchement. La malade souffre depuis 8 jours et présente au niveau de l'épine iliaque une tumeur douloureuse à la pression.

Opération. — Extirpation.

Examen de la pièce. — Anatomiquement la tumeur est constituée par des travées fibreuses limitant des aréoles. Au point de vue histologique, il s'agit de tissu fibreux avec quelques éléments embryonnaires.

Observation N° 4. — (Petresco et Novleano 1923).

Il s'agit d'une femme, âgée de 22 ans, elle a été menstruée pour la première fois à 15 ans ; elle s'est mariée à 19 ans ; une seule grossesse : un enfant mort-né. Il y a un an, elle a observé une nodosité au dessus de l'arcadre crurale gauche ; cette nodosité évolua sans douleur et lentement. A l'examen, on constate, dans la région inguinale gauche une tumeur de la grosseur d'un poing ; irrégulière au grand axe parallèle à l'arcade, de consistance dure, adhérant à la face interne de l'os iliaque, et, en bas, à l'arcade même, tout à fait immobile, indolore, même à la palpation profonde ; et devient encore plus évidente pendant la contraction des muscles abdominaux. Rien d'anormal au point de vue génital.

Intervention. — Rachi-novocaïne (0.06) énucléation resection de la tumeur avec une bonne partie des muscles petit oblique et transverse.

Le ligament rond, qui est pris dans la tumeur est sectionné. On lie aussi l'épigastrique. On procède à la réparation des plans à la Bassini. Guérison en 8 jours.

Observation N° 5. — (Petresco et Novleano 1923).

B. B. 24 ans, a été menstruée à 13 ans, mariée à 20 ans. Elle a eu 2 enfants. Après le premier accouchement, il y a 5 mois, elle a observé une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure, mais indolore, dans la moitié droite de la région épigastrique. On lui a fait d'abord une incision exploratrice, sans extirper la tumeur. Quelques mois après la tumeur a le même caractère. Mais devenant deux fois plus grande (à peu près le volume d'une tête de fœtus) on intervient à nouveau. La tumeur fait partie du muscle grand droit ; à sa face postérieure, elle est plus facilement décollable. On la réséque avec une partie du muscle. La malade sort la semaine suivante, guérie, avec une cicatrice parfaite. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse développée dans le muscle grand droit de l'abdomen.

Observation N° 6. — (Devèze 1925).

Me. G., 25 ans, vient le 25 Mai 1925, montrer une petite tumeur non douloureuse, grosse comme un œuf de pigeon, apparue depuis quelques mois dans la région ilio-inguinale gauche, à la suite d'un traumatis-

me dont le rôle et l'importance ne sont pas d'ailleurs démontrés. La malade dit avoir reçu un coup dans cette région il y a un mois, mais aucune ecchymose, aucun gonflement se sont produits ; elle a pu continuer son métier fatiguant de bouchère. On note, dans les antécédents, un accouchement survenu il y a 4 ans, et un autre, il y a un an, sans le moindre incident. Il faut souligner le fait suivant : la tumeur augmentait de volume pendant les périodes menstruelles, puis à la fin des règles diminuait peu à peu.

Actuellement, on constate au niveau du trajet inguinal gauche, un peu au dessus de l'orifice externe, une tumeur oblongue, de la dimension d'un œuf de pigeon et complètement fixée pendant la contraction des muscles de l'abdomen. De ce fait le diagnostic de hernie est éliminée. Il s'agit d'une tumeur de la paroi. On ne trouve aucun pédicule rattachant la tumeur soit à l'épine iliaque, soit aux fausses côtes.

Opération. — La tumeur est facilement énuclée, les adhérences avec le péritoine sont peu épaisses, elles sont plus marquées du côté du bord externe du grand droit qui doit être en partie reséqué. Reconstitution de la paroi fibro-musculaire à l'aide de deux points en U, renforcés par un surjet de catgut. Fermeture de la peau aux crins de Florence. Ablation des fils le 10^{me} jour, sortie de l'hôpital le douzième.

Examen de la tumeur. — Fibrome pur, histologiquement avec un début de dégénérescence sarcomateuse.

Observation N° 7. — (Delbet).

Il s'agit, cette fois, d'un homme de 41 ans, maréchal-ferrant, qui entre à l'hôpital pour tumeur du flanc gauche, ayant apparu, il y a 17 ans, et dont l'évolution ne s'accompagne d'aucun trouble digestif, ni de l'état général. On constate, en effet, dans la moitié gauche de l'abdomen, une déformation formée par une saillie qui descend jusqu'au voisinage de l'arcade de Fallope, et remonte jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure dont on ne peut la détacher. Aucune altération de la peau, à la surface aucune adhérence. Ce malade dit qu'il a reçu un coup de pied, dans cette région, au cours d'une partie de boxe, il y a 17 ans. Au bout de 15 jours, il s'est aperçu de la présence d'une boule de la dimension d'une bille qui a toujours continué à grossir.

Extirpation. — Resection, guérison.

Observation N° 8.

Une femme de 23 ans, qui a eu 3 accouchements vient consulter parce que depuis quelques semaines elle sent dans la région inguinale droite, une tuméfaction, ne s'accompagnant pas de douleur, et augmentant progressivement de volume. Cette tumeur est lisse, dure, peu mobile, et est fixée par la contraction des muscles abdominaux.

Intervention. — Incision du grand oblique, le mus-

cle droit est ouvert, et le fascia transversalis reséqué. Guérison.

Observation N° 9. — (Observation du Service de Monsieur le Professeur Gaudier, publiée par MM. Swynghedauw et Decoulx).

Il s'agit d'une femme de 24 ans qui vient pour une petite tumeur para-ombélicale. Elle a découvert cette tumeur, par hasard, il y a cinq semaines. Depuis son volume a légèrement augmenté, mais elle n'a amené aucun signe fonctionnel. L'examen de la paroi ne montre que très peu de choses à l'inspection. A peine trouve-t-on une légère voussure de la peau qui n'est nullement modifiée. La palpation permet de délimiter facilement cette tumeur. Elle a le volume d'une mandarine, son diamètre est de 6 cm. $\frac{1}{2}$; elle présente une consistance remittente sur toute son étendue. Elle est située sur l'horizontale de l'ombilic et à environ 5 cm. à droite de celui-ci. Elle est régulièrement arrondie sur son pourtour, mais peu saillante. Ses limites latérales ne sont pas très nettes et elle ne peut être séparée du plan musculaire. La contraction des muscles abdominaux qu'on obtient en faisant tousser la malade ou en la faisant asseoir, immobilise complètement la tumeur. D'autre part, si on cherche à l'attirer, on constate la tension des grands droits. Il s'agit donc à coup sûr d'une tumeur de la paroi abdominale. On diminue facilement la gomme syphilitique et l'hématome. L'évolution assez rapide

avait fait penser à un abcès froid à la phase de crudité, mais la malade ne présente aucun antécédent pathologique, elle a deux enfants bien portants et ne présente aucune adénopathie inguinale, ni auxillaire. On s'arrête donc au diagnostic de fibrome du grand droit et on décide l'ablation.

Le 25 février, l'intervention est pratiquée sous anesthésie générale par le Professeur Swynghedauw. Incision verticale de 6 centimètres. On tombe sur l'aponévrose du grand droit qui est saine. On l'incise et on la sépare facilement de la tumeur et du muscle. On s'aperçoit alors que la tumeur est formée aux dépens de la moitié externe de l'intersection aponévrotique du grand droit. Le muscle est sain, mais on voit que sa limite avec la tumeur n'est pas partout très nette. En bas et en dehors, on constate la continuité du tissu fibreux et du muscle. On dissèque alors la tumeur. En haut et en arrière le clivage est facile, mais en bas et en dedans, il faut reséquer une partie du muscle et la totalité de son intersection aponévrotique. Il n'y a aucune adhérence au péritoine qui n'est pas ouvert. On reconstitue le muscle grand droit par un surjet horizontal, son aponévrose par un surjet vertical et on suture la peau. Les suites opératoires sont normales, la cicatrisation se fait par première intention et la malade sort le 5 Mars.

L'examen macroscopique de la pièce montre une tumeur fibreuse dure, nacrée, criant sous le couteau et ne présentant ni hémorragies insertitielles, ni zones de ramollissement.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué dans le laboratoire de M. le Professeur Curtis montre qu'il s'agit d'un fibrome présentant à sa partie périphérique un début de transformation sarcomateuse.

La malade, revue 14 mois après, présente une cicatrice parfaite, et se trouve en excellente santé.

(Un cas fibro-sarcome du muscle grand droit de l'abdomen 1930).

Observation N° 10. — (Publiée par MM. Ed. Gaudier et Grouzelle).

Il s'agit d'une femme, âgée de 31 ans, qui entre à l'hôpital parce que depuis 14 mois, elle voit se développer au dessus de l'arcade crurale gauche, une tuméfaction. Elle croit avoir remarqué que la tuméfaction a débuté au milieu de l'arcade, et s'est ensuite étendue latéralement. A l'examen de la malade, on note à l'inspection, dans le flanc gauche, une tumeur volumineuse. Le volume de cette tumeur est assez facile à apprécier, la malade n'étant pas trop grasse ; on la présume, cependant, moins grosse qu'elle n'est. Les contours de cette tumeur sont réguliers et arrondis. Elle a une forme ovoïde, à grand axe allongé parallèlement à l'arcade crurale. Son bord inférieur est immédiatement au-dessus de celle-ci. A la palpation cette tumeur est de consistance lisse et régulière dans toute son étendue ; elle est dure partout ; elle est entièrement indolore. Le pôle inférieur de la tumeur continue à l'épine iliaque antéro-supérieure et semble

lui être rattaché, le pôle inférieur, peu net, s'arrête au dessus de la symphyse du pubis. Le bord supérieur dépasse de 2 à 3 centimètres la limite que l'inspection semblait assigner à la tumeur ; il décrit une ligne courbe à concavité inférieure, formant une limite au-dessus de l'arcade crurale. Le bord inférieur suit l'arcade crurale et l'on ne peut passer entre les deux. Cette masse ovoïde est mobile avec le plan superficiel, mais immobile dans tous les sens avec le plan inférieur. Ce doit donc être une tumeur sous-aponévrotique. De plus elle est mobile avec la paroi abdominale, aux mouvements respiratoires et notamment la toux. La percussion montre la matité générale de toute la masse et ne fait que confirmer la limite que la palpation avait montrée. Les mensurations ont donné les chiffres suivants :

Longueur du plus grand axe : 20 centimètres.

Largeur (petit axe) : 11 centimètres.

(Hauteur : (flèche) : 4 centimètres.

Cette tumeur n'a jamais provoqué de douleurs, ni de troubles de quelque ordre qu'ils soient, notamment urinaires. L'examen des urines ne donne ni sucre, ni albumine.

L'état général de la malade est parfait. L'intervention est pratiquée le 20 Février 1930 par le Professeur Gaudier et le Docteur Grouzelle ; l'anesthésique (Schleicht) est mal supporté ; l'intervention montre que cette masse continue au canal inguinal sans être formée aux dépens du ligament rond. L'aspect ma-

croscopique est celui d'un fibrome. Histologiquement, la tumeur est formée uniquement de tissu conjonctif d'aspect fibromateux, mais qui, par place, passe insensiblement à la structure du sarcome fuso-cellulaire, et même du myxo-sarcome. Ce fibrome est en voie d'évolution sarcomateuse ; c'est un cas de fibrome dégénéré de la paroi abdominale. La malade est revue au mois de mars 1930. Elle a repris son travail ; la cicatrice opératoire est parfaite, elle est guérie.

IX

CONCLUSIONS

De toutes ces considérations il résulte :

1° Que le fibrome de la paroi abdominale s'observe avec une fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme.

2° La grossesse et plus rarement le traumatisme seraient le plus souvent incriminés ; plus rarement encore on cite des cas de développement de ces tumeurs sur des cicatrices inflammatoires.

3° Le fibrome n'est jamais situé sur la ligne médiane, mais plutôt sur la ligne para-médiane. Il occupe ordinairement deux régions.

a) la région inguino-abdominale ;

b) la région sterno-costo-pubienne.

4° La tumeur est habituellement unique, de consistance dure, à évolution lente et indolore.

5° Au point de vue anatomo-pathologie, il y a

absence d'encapsulement complet de la tumeur ; microscopiquement c'est un fibrome typique contenant aussi des éléments en voie d'évolution regressive ou agressive. Le développement se fait aux dépens du tissu conjonctif et du fascia propria ; il s'agit de tissu fibreux simple, et de plus musculo aponévrotique, avec tendance à l'envahissement de la musculature.

6° La tumeur existe à l'état de fibrome et de fibro-sarcome. Le plus souvent, il s'agit de fibrome, la récidive est rare dans ce cas. Toutefois, l'évolution peut se faire dans le sens sarcomateux, et la tumeur récidive, malgré une extirpation totale.

7° La pathogénie est très obscure, comme celle de toutes les tumeurs. De toutes les théories émises, retenons la théorie cicatricielle d'Ebner qui explique le point pour ainsi dire capital de la question : l'absence d'encapsulement complet de la tumeur.

8° Le diagnostic est relativement simple ; il nécessite, cependant, un examen minutieux et parmi les signes à rechercher celui de Bouchacourt est particulièrement intéressant.

9° Le pronostic est bon, surtout en cas de fibrome, la guérison est la règle, même lorsqu'il s'agit d'un fibro-sarcome, la tumeur évolue comme une tumeur bénigne ; on ne signale pas de métastases.

1° Le traitement doit comprendre une ablation large, c'est-à-dire comprenant non seulement la tumeur, mais aussi une grande partie de la musculature périphérique auquelle la tumeur adhère intimement ;

l'incision doit intéresser la zone infiltrée et passer en tissu musculaire sain, et, dans le cas où la tumeur est tout à fait voisine du péritoine, résection de ce péritoine.

En suivant la technique d'énucléation résective préconée par Lecène, on prévient les récidives sur place.

VU, BON A IMPRIMER,

Le Président de la Thèse,

GAUDIER.

VU : *Le Doyen :*

Ch. DUBOIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie :

CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE [1]

1843 — Boulenger. — Tumeur fibreuse hypogastrique. (*Gaz. méd. de Paris*, 1837).

1843 — Blandin. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* (T. XVI, page 112).

1850 — Sappey. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 29, mois de Janvier.

— — Limance. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 14, Février.

1851 — Boresi. — *Gazette médicale de Paris*, p. 569.

1855 — Verneuil. — *Société de Biologie*, 2e série, Tome II p. 183.

— — Santéssou. — *Dublin médical journal*, v. II.

1856 — Cruveilhier. — *Traité d'anatomie pathologique*, T. III p. 641.

— — Paget. — *In the Lancet*, T. I, 625.

1857 — Bragaglia. — Volumineuse tumeur fibreuse de la paroi abdominale. (*Bul. de sc. méd. de Bologne*, 1857, 96-100).

1857 — Bruyant. — Pedicolous fibromucleated tumor, developped in the skin of the abdomen.

1857 — Lisfranc. — Tumeur de la paroi abdominale (*Gazette médicale de Paris*).

1859 — Guyou. — Tumeurs enkystées des parois de l'abdomen. (*In encycl. des ac. méd. Paris*, 1859, p. 183, 188).

(1) La liste a été dressée dans l'ordre chronologique.

1860 — Délaunay. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Monit. des sc. méd. et pharm.* (Paris 1860, 651, 653).

1860 — Huguier. — (*Société de Chirurgie*).

1861 — Bodin. — Thèse de Paris.

1862 — Nelaton. — Sur une espèce particulière de tumeur auxquelles on peut donner le nom de tumeur fibreuse de la fosse iliaque. (*Gazette des Hôpitaux*, 16 Février, p. 77).

1864 — Chairon. — Etude clinique sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque. (*Bull. société de chirurgie*).

1865 — Cornil. — De nonnullis fibromatis teguminibus abdominis. (Katia 1865).

1865 — Dardel. — Thèse de Berne.

1867 — Virchow. — Pathologie des tumeurs, Tome I, p. 351.

1867 — Fieber. — Jahresber Virchow's T. II, p. 457.

1868 — Buntzen. — De Copenhague. (*Jahresber Wirehow's*, T. II, p. 450).

1868 — Asplund. — (*Jahresber Wirehow's*, T. II, p. 497).

1870 — Bater Brouwn. — (*Medical Times and gazette*, 8 Janvier).

1870 — Hulke. — (*Médical Times and gazette*, 8 Janvier).

1873 — Panas. — Fibromyomes de la paroi abdominale. (*J. des Hôpit. de Paris*, 1873, 977).

1874 — Despres. — Tumeur fibreuse de la fosse iliaque. (*Dictionnaire de Jaccard*, Tome XVIII, p. 409).

1874 — Clark. — (*Médical Times and gazette*).

1875 — Guyon. — *Bulletin de la société de chirurgie.*

1875 — E. Suadicani. — Thèse de Kiel.

1875 — Cameron. — (*Glascon méd. journal*).

1875 — Tillaux. — *Société de Chirurgie.*

1875 — Virchow. — (*Arch. f. anat. norm. et pathologique*, T. LXIII, p. 566).

1876 — Menzel. — Melano sarcome de la paroi abdominale. (Trieste 1876 gaz. de osp. Trieste).

1876 — Bard. — Fibrome aponévrotique inha pariétal (*Lyon médical*, 1877, 301, 305).

1876 — Salesse. — Thèse de Paris.

1876 — Sczeparowicz. — *Cent. bl. f. chirurgie*, T. III, 335).

1877 — Buzzacchi. — *Aunali univers. Di médicina.* (T. 240, p. 358).

1877 — Denouvillers. — *Société de Chirurgie.*

1877 — Guyon. — Des fibromes aponévrotiques intrapariétaux, en particulier de la région cervico dorsale. (*Académie de Médecine, Tribune Médicale*).

1878 — Ferrand. — Enorme fibrome de la paroi abdominale. (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris 1878, 341).

1878 — Gauche. — Fibrome sarcome de la paroi abdominale. (*Bull. soc. anat. de Paris*, 1878, 371, 374).

1878 — Bard. — Fibrome aponévrotique intrapariétal de la paroi abdominale antérieure. (*Mem. société de sc. méd. Lyon*, 1878).

1878 — Nicaise. — Notes sur les fibromes aponevrotiques, et périostiques du tronc. (*Revue de Chirurgie*).

1878 — Letailleur. — *Revue de Chirurgie.*

1878 — Despres. — *Société de Chirurgie.*

1879 — Anderson. — A case of abdominal multilocular cys of the abd. wall. (*Brit. M. J. London*, 1879).

1879 — Groetzer. — Arch. fin Anat. Virchow's, T. I, p. 261.

1879 — Lossen. — Arch. fin Anat. Virchow's, T. I, p. 261.

1879 — THOMAS. — De New York. (*American journal of obstetries*, T. XII, p. 598, 1° j).

1879 — HANKS. — (*American journal of obstetries*, T. XIII, p. 126, 21 Oct.).

1879 — BOUILLY. — Tumeurs aiguës et chroniques de la prépéritonéale de Retzius. (Thèse d'agrégation, Paris).

1879 — CORNELIUS WILLAMS. — New York. (*méd. journal*, Janvier).

1879 — LUDWIG EBNER. — Grosses fribroma du Bandecken extirpation. (*Berlin Klin, Wochems*, 37, s 528).

1879 — SPENCER WELLS. — (*Berliner Klin Wockems*, p. 530).

1880 — ALLEN. — Fibroid tumor of the abdominal wall. (*Austal. M. J. Melbourne* 1880).

1880 — BAUER et BOSSER. — Sarcoma of the abdominal wall, removed of excision. (*St Louis Clin. Rec.* 1880).

1880 — EBNER. — Grosses fibrom der Bauchdecken. (*Bull. Wehresch*, 1880).

1880 — PEAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Paris).

1880 — REISZ. — (*Jahresber Wirchow's*, T. II, 297).

1880 — ROKITANSKY. — *Wiener médical Press*, N° 4.

1881 — POIRO. — *Gaz. méd. ital. lomb.*

1881 — VERNEUIL. — *Bullt. soc. anat.* Novembre.

1882 — BRIDDON. — Fibroma of the abdominal wall. (*Méd. Rec.* N. York, 1882).

1882 — CHÉNANTAIS. — Fibro-sarcomes de la paroi abdominale. (*Bullt. soc. anat.* de Nantes 1882, et *J. de Méd. de l'Ouest*, *Nantes* 1883).

1882 — Sklifossowoski. — Vratch St Pétersbourg N° 18.

1883 — Bogue. — Tibroid in abdominal wall. (*Chicago M. J. et exam.* 1883, 470).

1883 — Dekyzi. — Tumore de la parola abdominale. (*Revue Chirurg. di Vend. di Napoli*, 1883).

1883 — Goodwell. — Carcimone of the abdominal wall. (*Méd. and. chirur. Report, Phila*).

1883 — Patoureau. — *Journal de méd. de l'Ouest.* (T. XVIII, p. 440).

1883 — Gillette. — Société de Chirurgie.

1883 — Guérrier. — Etude sur les fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure, (thèse de Paris).

1883 — Weinlechrier. — *Wiener méd. Blatter*, 240).

1883 — Maksoud Cherbetian. — Etude sur un cas de fibrome de la fosse iliaque chez un homme. (thèse de Paris).

1884 — Bruntzeel. — Zur casuistic der bindegenebegen Neubildungen der Bandecken. (*Deutsche med. wochems*, N° 15).

1884 — David Cheever. — A remarkable recovery from abdominal section. (*The Boston méd. and. surg. journal*, février 181).

1884 — Grant. — (Thé Lancet T. I, p. 891).

1884 — Jouon. — *Journal de Médecine de l'Ouest*, T. XVIII, p. 125.

1884 — Lemoke. — (Thèse Berlin, 1884).

1884 — Rosenthal. — (Centr. blt. fin chirur. T. XI).

1884 — Sauger. — (Arch. fin gynek, Band, XXIV Heft I).

1885 — Duchaussoy. — Fibromyome de la paroi abdominale. (*Bull. soc. méd. pratique de Paris*, 1885, 99, 101).

1886 — Brun. — Fibrosarcome de la paroi abdominale, (ann. de Gynée Paris, 1886, 367, 374).

1886 — Le Dentu. — (Société de Chirurgie).

1886 — Demalix. — Thèse de Paris.

1886 — Daniel Molliere. — Sur un cas de fibrome aponévrotique des parois abdominales, sans adhérences au squelette. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 394, 411).

1886 — Duret et Leplat. — *Bullet. de société anatomo-clinique de Lille.*

1886 — Terillon. — (*Bull. général de Thérapeutique*).

1887 — Monteils. — Société de Chirurgie.

1887 — Peynot. — (Manuel de Pathologie externe, 446).

1888 — Carreiro. — Case de tumore de la parate abdominale. (Correio méd. lisb. 1888).

1888 — Haquin. — Du traitement des fibromes de la paroi abdominale, (Paris, 1888).

1888 — Labbe et Remy. — Traité des fibromes de la paroi abdominale, (1888, Paris).

1888 — Loisnel. — Etude sur le fibrome de la paroi abdominale antérieure, (Paris, 1888).

1888 — Le Bec. — *Gazette des Hôpitaux.*

1888 — Tillaux. — Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. (*annales de synecologie et d'obstétrique*, Janvier p. 30), *et traité de chirurgie clinique*, (Vol. III fasc. I).

1888 — Terillon. — Archives générales de médecine, avril. Mai.

1888 — Segond. — Fibrosarcome de la paroi abdominale.

1890 — Doran. — Case of fibrosarcoma, or desmoid growth of the abdominal wall. (T. M. Soc. london 1890 p. 237).

1893 — Fieux. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Gaz. des hop. de Toulouse*, 1886, 1892, p. 648 et *Progrès médical Paris*, 1882).

1893 — Gross. — Les tumeurs de la paroi abdominale autres que les fibromes. (*Assoc. franc. de chirurgie*, procès verbal Paris 1893, et aussi : *Revue de l'Est, Nancy* 1893).

1893 — Coignet. — Enorme fibrome de la paroi abdominale droite, 3 kg 800, ablation ; guérison. (Arch. prov. de chirurg. Paris 1893).

1894 — Elischer. — Fibrosarcoma facial abdominis externe. (Budapesti, K. Orwsegy 1893 et Cokonyne, 1894, 41, 44).

1894 — Chrétien. — Fibrome de la paroi abdominale laparotomie, guérison examen histologique. (*Poitou médical*, Poitiers 1894).

1894 — Cousin J. W. — Abdominal sarcoma infiltrating in the abdominal wall. (*Bull. M. J. London*, 1894).

1894 — Di Filippi. — Caso de fibroma della parete abdominale. (Clis. Chirurg. Milano, 1894, 274, 277).

1894 — Lequette. — Contribution à l'étude des fibromes pseudo pédiculé de la paroi abdominale antérieure. (Lille, Liévin 1894).

1865 — Claude et Tuffiers. — Fibro sarcomas de la paroi abdominale ; structure complète de ces néoplasmes. (*Bull. sc. anat. de Paris*, 1895 p. 52, 62).

1896 — Mac Cartney. — Sarcomas of abdominal wall. (China imp. oustoms méd. rep. 1896 Sanghaï, 1898, 22).

1897 — Ardouin. — Enorme fibrosarcome de la paroi abdominale. (*Bull. de la sc. anat. de Paris*, 1897, LXXII, 844, 846).

1897 — Druon. — Volumineux fibrosarcome de la paroi abdominale traité par lextirpation guérison, pathogème. (*J. des sc. méd. de Lille*, 1897, 162, 167).

1898 — Roguet. — Etude sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure, (8° Angers 1898).

1898 — Duranoma. — An case de fibro sarcoma de la pared abdominal. (*Soc. méd. argent*, Buenos Aires, 1898, VI, 463, 469).

1898 — Holmes. — A case of sarcoma of the retro peritoneal abdominal tissues. (*An. prat. Chicago*, 1898 X 505, 508).

1898 — Guinard. — Thèse de Paris.

1899 — Bouffieur. — Fibro sarcoma of abdominal wall, desmoid fibroma begining in Poupart ligament. (*Z. Am. M. Ass. Chigago*, 1899, XX, XIII, 320, 323).

1899 — Stirling. — Sarcoma of abdominal wall. (*Interwlen, M. J. Australa Melbourne*, 1899, IV, 89).

1899 — Villar. — Volumineux fibro sarcome de la paroi abdominale ablation ; guérison. (*Ass. franc. de Chirurgie*, Paris 1899, XIII, 608, 610).

1901 — X... — Fibrome pris pour un sarcome de la paroi abdominale ablation ; guérison. (*Bull. et men. soc. anat. de Paris*, 1901, LXXVI, 345).

1902 — Van Lennep. — Sarcoma of abdominal wall. (Hubneman inst. phila. 1902, 1903, X 238, 247).

1902 — Lenoble. — Volumineuse tumeur de l'abdomen de nature sarcomateuse développée aux dépens du tissu cellulaire. (*Bull. et men. de la soc. de méd. des Hôpitaux de Paris*, 1902, 3 s XIX, 657.665).

1903 — Abadie. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Bull. de men soc. anat de Paris.* Paris 1903, LXXVII, 675.677).

1903 — Bauby. — Fibro sarcome de la paroi abdominale. (*Toulouse médical*, 1903, T. S. V. 22, 225).

1903 — Druebert. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Echo médical du Nord*, Lille, 1903, VII 512).

1903 — Ducros. — Sarcome de la paroi abdominale. (*Bull. et men. soc. anat. de Paris*, 1903, LXXVIII, 428).

1903 — Silberberg. — Fibromus et fibro sarcomes de la paroi abdominale. (*Bull. et men. soc. anat.* Paris, 1903, LXXVIII, 677, 680).

1904 — Poroshui. — Fibrome de la paroi abdominale antérieure. (J. Akush, Glusk Foliez, St Pétersbourg 1904, 1731).

1904 — Pfeifer. — (Beitrage Zu Klin, Chirurgie T. 44, p. 12).

1905 — Cullen. — Fibroma of abdominal wall. (*Johis hopkius Hosp. Bull. Balt.* 1905, 397).

1905 — Giovannoli. — Fibrome fasciculaire alle parete abdominale.

1905 — Gross. — Enorme fibro lipome de la paroi abdominale. (*Revue Méd. de l'Est Nancy*, 1905).

1905 — Powers. — Fibroid growths of the abdominal wall. (*J. m. ass. Chicago*, 1905, 676, 680).

1905 — Boekel. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Gaz. med. Strasbourg*, 1905, 57, 65).

1906 — Bidwell. — Two cases of fibrosarcoma. (*West London*, 1906, XI, 224).

1906 — Derynzhinski. — Opérative removal of sarcoma of the abdominal wall with part of the appendix. (*Khirurfia Mosk.* 1906, XX, 29, 31).

1906 — Eccles. — Three cases of fibrosarcoma of the abdominal wall. (*West London M. J.* 1906, XI, 222, 224).

1906 — Martin Aguilar. — Fibrosarcoma de las paredes abdominalis laparotoma aub. peritoneal curaciou. (*Gaz. med. Espana, Granada*, 1906, XXIV, 454, 459).

1906 — Tapie et Daumie. — Sarcome fibrocellulaire de la paroi abdominale. (*Toulouse médical*, 1906, 2 s. VIII, 88).

1906 — Tirth. — Fibroma of the abdominal wall, (*Bristol N. Chirurg.* 1906).

1906 — Biagi. — Dell as portazoni de rase tumore della parele abdominale. (*Chirur. med. Firenza*, 1907).

1906 — Tatarinoff. — Pathologie et traitement des tumeurs de la paroi abdominale antérieure. (*Khirurg. Moscou*, 1906, 315, 322).

1906 — Eales. — Trois cas de fibrosarcomes des muscles de la paroi abdominale. (*West Los. M. J. London*, 1900, 222, 224).

1906 — Biagi. — Rare tumeur de la paroi abdominale. (*Clin. med. firenzo*, 1907).

1907 — Coley. — Inopérable spindle celled sarcoma of the abdominal wall and pelvis. (*Am. surg. phia.* 1907).

1907 — Boursier. — Fibrome de la paroi abdominale antérieure avec troubles urinaires. (*J. de méd. de Bordeaux*, 1907, 215).

1907 — Rispal. — Cas de kystes desmoides de la paroi abdominale. (*Toulouse médical*, 1907, 153, 155).

1908 — Athanescu et Babes. — Un cas de fibrosarcom perutulin abdominal. (*Sitalul Bucaresci*, 1906, XXVIII, 10 13).

1908 — Mangin. — Case of fibrom of abdominal wall. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1908, XXVI, 134).

1908 — Tisherovich. — Spécimen of sarcoma of the post peritonal tissus. (Imp. Kawksz, méd. obst. Tiflis 1908, 1909, XIV, 26, 29).

1908 — Scatone. — Sulla origini inflammatoria di allumi tumori fibrosi della part abdominali; caso clinico. (*Suz. internazz. de sc. med. Napoli*, 1908, 1057-1067).

1908 — Vignard. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Gaz. med. de Nantes*, 1908, 1021).

1908 — Lecene et Delamare. — Remarques sur les fibromes de la paroi abdominale. Progrès médical Paris 1908, 3 XXIV, 25 et *Journal de Chirurgie*, 1908).

1908 — Malherbe. — Tumeur de la paroi abdominale. (*Gaz. med. Nantes*, 1908, 134).

1908 — Krussen. — Fibroma of the anterior abdominal wall. (*Lancet chimic. cincin*, 1908).

1909 — Albertin. — Volumineux fibrome du ligament large. (*Lyon med.* 1909, 661).

1909 — Routier. — (*Bull. société chirurgie*, 1909 p. 942, 976).

1910 — Loockwood. — A lecture on fibroma sarcoma and fibromuoma of thex abdominal wall. (*Lancet London*, 1910, 445, 447).

1910 — Peraire. — Un cas de fibrosarcome de la paroi abdominale à évolution très lente. (*Paris Chirurg.* 1910, 11, 389. (*Bull. et med. sc. anat.* Paris 1901 (345) 75 et un cas de fibrome pris pour un sarcome, 1901).

1910 — Plaza Blanco. — Fibromes volumineux de la paroi abdominale. (*Revue Gen. mil. et med. mil. espana. Madrid*, 1910, 489, 493).

1910 — Khélatoff. — Sarcoma of the abdominal wall with metastase of the thyroid gland. (*Voyen med. j.*, St-Pétersbourg, 1910).

1910 — Stinelli. — Sulla genesi flogistica de allumi tumori fibrosi della parete abdominale. (*Gaz. internazz. de Med. Napoli* 1910, 558-561).

1910 — Marcel Bertrand. — (Thèse de Montpellier, 1910).

1911 — Arapoff. — Deux cas de tumeurs de la paroi abdominale antérieure. (Syezd Rossysk Khiruf. moscou 1911).

1911 — Grant. — Carsinome de la paroi abdominale chez sujet de 17 ans. (New York 1911, M. J.).

1911 — Senlecq et Chenot. — Fibrome récidive de la paroi abdominale. (*Bull. mem. société anat. de Paris*, 1911, 265).

1911 — Wiener. — A case of tematome of the abdominal wall simulating desmoid tumour. (*Am. J. Obst.*, N. Y. 1910).

1911 — Fourdinier. — Fibrome développé sur l'intersection aponévrotique sous ombilicale du grand droit. (*J. des sciences médicale de Lille* 1911).

1911 — Péraire. — Société des Chirurgiens de Paris et société anatomique 1931).

1912 — Rasse. — Sarcome volumineux de la paroi abdominale antérieure. Ablation large. Reconstitution

de la paroi ; vaste perte de substance cutanée comblée par greffe de Thiersh. (*Soc. de med. mil. fran. Paris* 1912, VI, 321-323).

1912 — Steinberg Jacob. — Ueber desmoid der Bauchdecken. (Munich 1912).

1912 — Oui (Koza). — Stroma der Bauchdedken. (Muncheen 1913, H. Rveder 33).

1912 — Andrews. — Desmoid tumors of the abdominal wall after operation. (Chicago 1911-1912. *Guard Bull. N. W.*).

1912 — Gardarelli. — Tumeur de la paroi abdominale. (Studum Napoli 1912, 87, 90).

1912 — Letoux. — Tumeur de la paroi abdominale, utilisation de l'épiploon pour rectification de la paroi (*G. med. Nantes* 1912, 485-489).

1912 — Huguier. — Fibrome de la région ombilicale. (*Paris Chirurg.* 1912, 618).

1912 — Solaro. — Contributions à l'étude des tumeurs inflammatoires chroniques post-operatones de la paroi abdominale. (*At. de soc. Comb. de med. et Trol.* Milan 1912).

1914 — Jans. — Desmoid tumors of the abdominal wall. (*Liverpool M. Chirurg.*, J. 1914, 105).

1916 — Henry. — A foreign body in a tumor of the anterior abdominal wall. (*Canad. M. Ass. J. Montreal* 1916, XI, 1160).

1917 — Speese. — Lipoma of the anterior abdominal wall ablation. (*Inter Chirurg. Phila.* 1917, 27, s. 11, 259-261).

1920 — Argaut et Laffont. — Lymphemangio sarcomes de la paroi abdominale antérieure. (*Bull. d'obs. et gyn. de Paris* 1920, 157).

1921 — Pineda. — Fibrosarcome de la paroi abdominale extirpation. (*Revue de med. et chirurg. de la Habana* 1921, 35).

1921 — X... — Ueber desmoid der Baucndecken. (*Monetorb f. umfallheik*, Liepzig 1921).

1921 — X... — Zur Trage der spoutan ind tandemen Banchdeckenhematome. (*Zentralbl. f. Gyneck*, Liepzig 1921. 396-400).

1921 — Terracol et Abadie. — Angiome caverneux et diffus de la paroi adbominale. (*Bull. et men. soc. anat. de Paris*).

1921 — Curtis et Potel. — Un cas de tumeur surrenalienne de la paroi abdominale. (*J. d. Arol. med. et chirurg.* Paris 1921, XI, 403-424).

1921 — O'Neil. — (Thèse de Paris, 1921).

1922 — Morgagni. — Sur un cas de tumeur de la paroi abdominale. (Milano Arch. 1922, 105-121).

1922 — Delbet. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Revue Gen. de Chirurg. et de therap.*, Paris 1922, 630).

1922 — Cahu. — Em fall von fibrom der bauchdecken in ein appendecktonne. (*Entralble f. chirurg.*, Leipzig 1922, XI, X 110).

1923 — Hautmann (P.). — Casuistic report on tumor in the abdominal wall. (*Arch. gyn. Scandin*, Helsingfors 1923, 11, 284-294).

1923 — Lochrane. — Eudometral adenoma of abdominal wall. (*J. Obst. gyn. But. Emp.* London, 1923, 213).

1924 — Muad et Protti. — Considerazioni sopra un caso de fibrozomionna de piccolo obliquo del l'abdomen. (Roma, 1924, XI, 238-247, 2 pl.).

1924 — Schumann. — Desmoid tumor of abdominal wall. (*Surg. Clin. Phila*, 1924).

1925 — Stewart et Monat. — Fibroma of abdominal wall. (*Bull. J. Surg. Bristol* 1924-1925, XII, 355-377).

1925 — Schwartz. — Ulber symehische desmoide der Bauchdercken. (*Zentralbl. f. Chirurg.*, Leipzig 1915, lü 513-515).

1925 — Sountag. — Ulber der fibroma der Bauchdercken. (*Muncheen med. Wehnshr*, 1925, LXX, 11.301).

1925 — Deveze et Grynfeltt. — Fibrome de la paroi abdominale. (*Bull. soc. de sc. med. et brol. de Montpellier*, 1924, 25, P. 429-432).

1925 — X... — Un cas d'osteome du grand oblique. (*Bull. et mem. soc. anat. Paris* 1925, 188).

1925 — Petresco et Noveleano. — Le fibrome de la paroi abdominale. (*J. de Chirurgie*, Paris 1925, XXVI, 486-499).

1925 — Reden. — Tumor of abdominal wall. (*Surg. Chirurg. N. Am. Phila* 1925, V. 1281-1287).

1925 — Danforth. — Adenonyomma of the abdominal wall. (*An. J. obst. et gynecol. St-Louis* 1925, 630-632).

1925 — Montgomery. — Large desmoid tumor of abdominal wall. (*Arch. med. Phila*, 1925).

1926 — Merlini (A.). — Paretial abdominal fibromas case. (*Prat. chirurg.* 1, 241-261, décembre 1926).

1926 — G. Pacetto. — Fibrome abdominal. (*Clin. Chirurg.*, 29, 889-990, septembre 1926).

1926 — Broertzes. — A case of spontaneons orifué of hematone in the abdominal wall. (*Broertzes nederl. Tojdschr. v. genek Haarlem* 1926, pt. 1).

1926 — Sirchel. — Mchrfach rezidivien de multiple fibroma un der frein vauchehöphe. (Zentralbl. f. Grynek Leipzig 1926, 2263-2270. *Bull. der chirurgie de Leipzig* 1926).

1927 — Patel et Eparvie. — Removal of fibrosarcoma of abdominal wall during pregnancey normal labor. (*Bull. soc. obst. et gynec.* 16-68, janvier 1927).

1927 — Buendia et J. Luque. — Fibrome of broad ligament, case. (*Repert. med. gyn.* 18, 295-299, novembre 1927).

1927 — C.-M. Krasinskaia. — Plastics of anterior abdominal wall in large desmoid tumors. (*Wrach. Gaz.* 31, 271-272, février 27-28).

1927 — E. Pollaco. — Of adminal wall case. (Arch. ital. di Chirurg. 19, 741-758, 1927).

1927 — Ascoli. — Tumor of gastro colie ligament. (*Bull. acad. med. di Roma*, 53, 269-272, 1927).

1928 — A. Scarpello. — Primary fibroma of abdominal wall, operation. (*Gaz. ital. inter. med. Chirurg.*, 33, 107-172, 15 mai 1928).

1928 — Brujeas. — Of broad ligament case. (*Bull. et mem. soc. intern. de chirurgie*, 54, 463-465, mai 31-28).

1928 — S. Liebeskind. — Hard fibroma of integument of abdomen. (*Polska fg lek.*, 7, 921-922, 9 déc. 1928).

1928 — O. Angelilli. — Consecutive tissue tumors of muscule aponeurotie apporatus of abdominal wall. (Tumori, 14, 594-664, 1928).

1928 — A. Stein et H. Hensel. — Gumma of abdominal wall simulating intra abdominal tumor. (*Müneh med. Wehnsler* 75, p. 568-569, 30 mai 1928).

1929 — C. Arrigoni. — Tumors of abdominal wall. (*Gazz. de osp.* 50, p. 512-514, 21 avril 1929).

1929 — L. M. Moench. — Post operative ademomyoma of abdominal wall. (M. Chir. North America 12, 1584-1587, mai 1929).

1930 — Swynghedauw et Decoulx. — Un cas de fibrosarcome du muscle grand droit de l'abdomen. (*Nord médical*, mai 1930, p. 342-345 et *Presse médical*, mai 1930).

1930 — Ed. Gaudier et Grouzelle. — Un cas de fibrome dégénéré de la paroi abdominale. (*Nord médical*, mai 1930, p. 346 et *Presse médicale*, mai 1930).

TABLE DES MATIERES

I. — Préambule 11

II. — Historique 13

III. — Etiologie — Pathogénie 21

IV. — Anatomie Pathologique 31

V. — Symptomatologie et Diagnostic 43

VI. — Evolution et Pronostic 55

VII. — Traitement 59

VIII. — Observations 75

IX. — Conclusions 87

Bibliographie 91

Imprimerie DE WINQUE
33, rue Jules-Guesde, 33
LILLE